

**PROPUESTA PARA REESTRUCTURAR EL PROCESO DE  
SERVICIO AL CLIENTE EN LA CLÍNICA RAFAEL URIBE  
URIBE DE CALI, MEDIANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN POR  
PROCESOS.**

DIANA VICTORIA CARDONA OSPINA

ESTEBAN PINILLA GUTIÉRREZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

PALMIRA

2009

**PROPUESTA PARA REESTRUCTURAR EL PROCESO DE  
SERVICIO AL CLIENTE EN LA CLÍNICA RAFAEL URIBE  
URIBE DE CALI, MEDIANTE EL SISTEMA DE GESTIÓN POR  
PROCESOS.**

DIANA VICTORIA CARDONA OSPINA

ESTEBAN PINILLA GUTIÉRREZ

**Trabajo de Grado para Optar al Título de  
Administrador de Empresas.**

Director  
ALVARO CUADROS  
Ingeniero Industrial

UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
PALMIRA  
2009

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

**Firma presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Palmira, 27 de enero de 2010**

Por desempeñar un papel relevante en mi proyecto de vida, quiero ofrecer este logro a mis padres, a mi hermanita y a mis sobrinitas, quienes a pesar de la distancia vivieron de cerca mis angustias, alegrías y triunfos.

A Luz Myriam Quintero, quien desde su condición de jefe me brindó toda su colaboración y apoyo para dar cumplimiento con mis obligaciones académicas.

A Hubert Gómez, por ser mi angelito de la guarda.

Y por último, pero igual de importantes, a mis compañeros de la universidad por acogerme en sus corazones y ser mi familia durante ésta etapa tan importante de mi vida.

*Diana Victoria Cardona Ospina*

Espero que mi Madre y mis hijos sepan perdonarme por todo el tiempo que no les pude dedicar durante el periodo de mi carrera universitaria. En ofrenda les dedico éste trabajo de grado que ha conllevado tanto sacrificio, pero que será enriquecedor para la familia.

A Nasly Hernández, por haberme acompañado no solo como compañera de estudio, sino también como amiga durante este proceso académico.

A Diana Victoria Cardona, mi compañerita de tesis, quién me dio la mano en el momento que necesitaba, al brindarme la oportunidad de trabajar con ella en éste trabajo de grado.

*Esteban Pinilla Gutiérrez*

## **AGRADECIMIENTOS**

En mi primera instancia a Dios, por otorgarnos la sabiduría y la fortaleza necesarias para llevar a feliz termino nuestro propósito académico.

A la profesora Maria Fernanda Ayala, quién con su cariño y disposición nos brindó la orientación y el apoyo requeridos.

Al Ingeniero Álvaro Cuadros, asesor del proyecto, por concedernos las guías y herramientas oportunas, con el fin de alcanzar el objetivo propuesto.

A ejecutivos y colaboradores de la Clínica Rafael Uribe Uribe, por suministrarnos la información precisa en el momento indicado, mediante la cual obtuvimos los resultados esperados.

## **TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>0. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1. GENERALIDADES</b>	<b>2</b>
1.1 Antecedentes	2
1.2 Justificación	7
1.3 Planteamiento del problema	8
1.3.1 Aproximación al problema	8
1.3.2 Formulación del problema	11
1.3.3 Sistematización del problema	11
1.4 Objetivos	11
1.4.1 Objetivo general	11
1.4.2 Objetivos específicos	12
1.5 Marco conceptual	12
1.6 Marco teórico	20
1.7 Marco contextual	52
1.8 Marco legal	54
1.9 Aspectos metodológicos	60
1.9.1 Enfoque de la Investigación	61
1.9.2 Tipo de Investigación	62
1.9.3 Técnicas de Investigación	63
1.9.4 Tratamiento de la información	64
<b>2. DESCRIPCIÓN PROCESO ACTUAL DE SERVICIO AL CLIENTE</b>	<b>66</b>
2.1 Validación de derechos y autorizaciones	68
2.2 Asignación de citas	76
2.3 Gestión de Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS)	78

2.4	Evaluación de la satisfacción del cliente	80
2.5	Recepción	81
3.	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE FRENTE AL PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE	82
3.1	Situaciones detectadas a partir del análisis de la Encuesta dirigida al cliente externo	84
3.2	Situaciones detectadas a partir del análisis de la Encuesta dirigida al cliente interno	91
3.3	Situaciones detectadas a partir del registro de las Quejas y reclamos de la CRUU	100
4.	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO MEJORADO DEL SERVICIO AL CLIENTE, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS	103
4.1	Propuestas de mejora	105
4.2	Caracterización y documentación de procesos y Procedimientos	107
5.	INDICADORES Y REGISTROS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO Y MEJORA AL PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE	117
5.1	Control del producto o servicio No Conforme	135
5.2	Mejora Continua	142
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	149
6.1	Conclusiones	149
6.2	Recomendaciones	150
	Bibliografía	153

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1: Conjunto de procesos en una organización	27
Figura 2: Límites, elementos y factores de un proceso	28
Figura 3: Pirámide Qualigramme	30
Figura 4: Cartografía Detallada	31
Figura 5: Cuestionario para cada instrucción	33
Figura 6: Símbolos básicos para un procedimiento (nivel 2)	34
Figura 7: Diagrama de flujo, validación de derechos y autorizaciones: Hospitalización.	71
Figura 8: Diagrama de flujo, validación de derechos y autorizaciones: Cirugía y procedimientos	75
Figura 9: Diagrama de flujo, asignación de citas	77
Figura 10: Diagrama de flujo, gestión de peticiones, quejas, reclamos y Sugerencias	79
Figura 11: Atención Telefónica (Amabilidad, interés y cortesía)	85
Figura 12: Facilidad de contacto telefónico para solicitud de citas	86
Figura 13: Tiempo de espera en la solicitud de la cita (fila)	87
Figura 14: Aviso sobre adelanto o cancelación de la cita médica	88
Figura 15: Señalización para orientación y ubicación	89
Figura 16: ¿Conoce usted sobre la asignación de citas vía telefónica?	90
Figura 17: Al cuanto tiempo recibe respuesta de la solicitud de Autorización	93.
Figura 18: Tiempo de respuesta a las solicitudes de autorizaciones, Servicio ofrecido por autorizaciones, flujo de comunicación Con el personal de autorizaciones, actitud, disponibilidad y Trato.	94



Figura 19: En el servicio en el que usted labora ¿cada cuanto se realiza Encuesta de satisfacción del cliente?	96
Figura 20: ¿Quién es la persona responsable de realizar la encuesta de satisfacción del cliente en su servicio?	97
Figura 21: ¿Sabe usted quién es el encargado de recibir y procesar la Información obtenida en la encuesta de satisfacción del Cliente?	98
Figura 22: ¿Qué recibe (requisitos) para realizar solicitud de Autorización?	99
Figura 23: Análisis estadístico del registro de quejas y reclamos Elaborado por la CRUU.	101
Figura 24: Mapa de procesos	108

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Tabulación de quejas y reclamos	9
Tabla 2: Consideraciones tributarias	56
Tabla 3: Ponderación de calificación encuesta al cliente externo	84
Tabla 4: Análisis y causas de los síntomas descritos en las quejas Registradas en la CRUU.	100
Tabla 5: Debilidades y causas de acuerdo al diagnóstico interno general De la CRUU.	103
Tabla 6: Fortalezas de la CRUU de acuerdo al diagnóstico interno General.	104
Tabla 7: Caracterización proceso de servicio al cliente (hoja 1 de 2)	109
Tabla 8: Caracterización proceso de servicio al cliente (hoja 2 de 2)	110
Tabla 9: Procedimiento validación de derechos y autorizaciones	111
Tabla 10: Procedimiento asignación de citas	112
Tabla 11: Procedimiento gestión de peticiones, quejas, reclamos y Sugerencias	113
Tabla 12: Procedimiento evaluación de la satisfacción del cliente	114
Tabla 13: procedimiento validación de derechos y admisiones para Urgencias	115
Tabla 14: Procedimiento y validación de derechos y admisiones para Cirugía programada y ambulatoria	116
Tabla 15: Inventario general de indicadores para el proceso de servicio Al cliente	118
Tabla 16: Inventario de indicadores, validación de derechos y Autorizaciones	119
Tabla 17: Ficha técnica 1. Indicador validación de derechos y Autorizaciones	120
Tabla 18: Ficha técnica 2. Indicador validación de derechos	121

Tabla 19: Ficha técnica 3. Indicador validación de derechos y Autorizaciones	122
Tabla 20: Inventario de indicadores, asignación de citas	123
Tabla 21: Ficha técnica 1. Indicador asignación de citas	124
Tabla 22: Ficha técnica 2. Indicador asignación de citas	125
Tabla 23: Inventario de indicadores, gestión de peticiones, quejas, Reclamos y sugerencias	126
Tabla 24: Ficha técnica 1. Indicador de gestión de peticiones, quejas, Reclamos y sugerencias	127
Tabla 25: Ficha técnica 2. Indicador de gestión de peticiones, quejas, Reclamos y sugerencias	128
Tabla 26: Ficha técnica 3. Indicador de gestión de peticiones, quejas, Reclamos y sugerencias	129
Tabla 27: Inventario de indicadores, evaluación satisfacción del cliente	130
Tabla 28: Ficha técnica 1. Indicador evaluación satisfacción del cliente	131
Tabla 29: Ficha técnica 2. Indicador evaluación satisfacción del cliente	132
Tabla 30: Inventario indicadores, validación de derechos y admisiones	133
Tabla 31: Ficha técnica 1. Indicador validación de derechos y Admisiones	134
Tabla 32: Procedimiento producto No conforme pág 1 de 4	136
Tabla 33: Formato tabla de requisitos de conformidad	140
Tabla 34: Formato control del producto o servicio No conforme	141
Tabla 35: Procedimientos de acciones correctivas, acciones preventivas, Y acciones de mejora	142
Tabla 36: Formato de acciones correctivas y acciones preventivas (Hoja 1 de 2)	145
Tabla 37: Formato de oportunidades de mejora	147
Tabla 38: Consolidado de acciones correctivas, acciones preventivas y Oportunidades de mejora	148

## **INDICES DE ANEXOS**

Anexo 1: Descripción de cargos	155
Anexo 2: Encuesta dirigida al cliente externo	156
Anexo 3: Procesamiento de datos encuesta dirigida al cliente externo	158
Anexo 4: Encuesta dirigida al cliente interno	160
Anexo 5: Procesamiento de datos encuesta dirigida al cliente interno	162
Anexo 6: Propuesta de formato para solicitud de autorizaciones	164
Anexo 7: Propuesta de formato para notificación de autorizaciones	
Asignadas	165
Anexo 8: Propuesta de formato para gestión de autorizaciones	166

## **INTRODUCCIÓN**

Mediante el desarrollo de este trabajo se establece una propuesta para reestructurar el proceso de servicio al cliente en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, basada en la gestión por procesos. Debido a una serie de inconsistencias en la prestación del servicio, específicamente en lo relacionado con servicio al cliente.

Teniendo en cuenta que el servicio al cliente es el principal pilar de toda organización, la atención al cliente a través de un departamento propio es una potente y útil herramienta estratégica, ya que actúa como dispositivo de control, recopilador y a su vez difusor de información tanto a la empresa como al cliente. Por lo anterior, es importante basarse en un sistema de gestión por procesos, ya que permite medir la actuación de la organización, definir el grado de satisfacción del cliente interno o externo y orientar a la empresa para compatibilizar la mejora de la satisfacción del cliente con mejores resultados organizacionales.

El desarrollo de este trabajo se llevó a cabo a través de la identificación y sistematización del problema, investigación teórica como herramienta de apoyo, investigación de campo para establecer el estado actual del proceso y a la vez identificación de necesidades y expectativas del cliente interno y externo.

A partir de las anteriores investigaciones se planteó la propuesta de reestructuración del servicio al cliente, mediante la caracterización del proceso y documentación de procedimientos. Por ultimo, se diseñaron mecanismos de medición con el objetivo de generar sostenimiento al sistema de gestión por procesos

## **1. GENERALIDADES**

### **1.1 ANTECEDENTES**

La Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, fue construida como una de las sedes principales del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS) en 1956, se creó con el propósito de brindar seguridad social a los trabajadores del Sur Occidente Colombiano, con el fin de ampararlos contra los riesgos de enfermedad general profesional, maternidad, invalidez, vejez, muerte y accidente de trabajo.<sup>1</sup>

Desde su creación fue clasificada como entidad de salud Nivel III, por su grado de complejidad; en ella se atendían servicios tales como urgencias, procedimientos quirúrgicos, ayudas diagnosticas, hospitalización y consultas en diferentes especialidades. Servicios en los cuales llevaba el liderazgo a nivel nacional.

Con la Ley 100 de 1993, el Estado Colombiano establece que debe existir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos que desarrolla el Sector Salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

A partir de esta Ley surgen las EPS en todo el país, lo cual conlleva al inicio de la crisis financiera del ISS pues se empieza a evidenciar una notable disminución de afiliados efectivos en cada cierre contable de esta Institución. Por el contrario se observa la concentración de afiliados nuevos en las E. P. S. privadas, consolidándose el liderazgo en algunas de ellas.

---

<sup>1</sup> [www.iss.gov.co/portal/normas/leyes/L-090](http://www.iss.gov.co/portal/normas/leyes/L-090). 06 de marzo de 2009.

Según el diario el País, en 1996 el 75% de los afiliados del Régimen Contributivo pertenecían al ISS, para el 2008 solamente lo era el 25%, de estos un alto porcentaje es mayor de 45 años y devenga el salario mínimo. A lo cual se le agrega que gran cantidad de sus usuarios ocasionan gastos millonarios por padecer enfermedades de alto costo. Todo esto condujo al ISS a una situación de iliquidez e insolvencia financiera.<sup>2</sup>

De acuerdo a lo anterior, el Estado realiza la escisión del ISS, entre EPS e IPS a través del Decreto 1750 del 2003; dando origen a las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al Ministerio de Protección Social.

En su creación, las ESE tienen como único objetivo la prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del Estado o como parte del servicio público de la seguridad social, en los términos del Artículo 194 de la Ley 100 de 1993.

El anterior Decreto determina como sedes a nivel nacional las siguientes ESE: Empresa Social del Estado Antonio Nariño, en la ciudad de Santiago de Cali, Empresa Social del Estado Policarpa Salavarrieta, en la ciudad de Bogotá D. C., Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, en la ciudad de Cúcuta, Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino, en la ciudad de Pereira<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> [www.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Julio132008/seguro](http://www.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Julio132008/seguro). 10 de marzo de 2009

<sup>3</sup> [www.presidencia.gov.co/prensa\\_new/decretoslinea](http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea). 10 de marzo de 2009.

El 08 de Agosto de 2008, el Diario El País publica una entrevista denominada “Si no mejoramos el servicio, se cierra la clínica” realizada por la periodista Carolina García al Doctor Fernando Gutiérrez, Gerente de la ESE Antonio Nariño, para la fecha.

En dicha entrevista se manifiesta la crisis por la que atravesaba la ESE Antonio Nariño de Cali, mencionando aspectos relevantes tales como la posible liquidación de la Institución, la deficiente atención a los clientes y el deterioro de la infraestructura.

Con respecto a la amenaza de liquidación, el gerente afirma que depende del Gobierno Nacional. Que en el tiempo de existencia de la ESE, ésta ha presentado óptimos resultados administrativos y financieros.

Al mencionar que la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali ha sido blanco de críticas por su mal servicio al cliente, el gerente manifiesta que esta situación ha cambiado debido a los grandes esfuerzos, expone como ejemplo el servicio de urgencias, el cual según Él, se presta de manera responsable garantizando la atención en condiciones dignas.

Igualmente se interroga porqué la Clínica llegó a ese punto tan crítico de prestar tan deficiente servicio al cliente y dejar deteriorar la infraestructura, a lo que el entrevistado argumenta que esta situación es en todas las clínicas que pertenecieron al Seguro Social y que luego formaron parte de las ESE nacionales, debido a la crisis presupuestal y limitaciones en la inversión para la realización de proyectos de renovación física y modernización tecnológica.



Ante la necesidad de humanización del servicio planteada por la periodista, el gerente afirma que hay compromiso por parte de la gente con los usuarios y con el servicio, menciona una reestructuración realizada en Marzo de 2007 e igualmente acepta que había maltrato al cliente y pérdida de la condición humana, lo cual “satanizó” el nombre de la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali<sup>4</sup>.

Pasados siete meses, ante la crítica situación financiera, el 04 de Octubre de 2008 a las 8:00 p.m. el ente liquidador CAPRECOM entra a liquidar la ESE Antonio Nariño Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, generando despidos masivos de empleados. Poco después entra a operar la Unión Temporal Comfenalco Valle y Universidad Libre.

Comfenalco Valle, Entidad Prestadora de Servicios de Salud y Caja de Compensación Familiar, junto con la Universidad Libre de Cali, realizaron una Unión Temporal con el fin de tomar en concesión la Clínica Rafael Uribe Uribe (CRUU); bajo ciertas condiciones, entre las cuales estaba operar la clínica por un periodo de tiempo para verificar la viabilidad financiera de su adquisición.

A la fecha, Abril 28 de 2009, esta Unión Temporal lleva operando la clínica seis meses; tiempo en el cual ha realizado inversiones tanto de operación como en la infraestructura; igualmente, mediante la Cooperativa Solidez ha contratado nuevo personal para suplir las vacantes producto del recorte de personal por la liquidación<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> GARCIA, Carolina. Si no mejoramos el servicio, se cierra la clínica. En: El País, Cali, 08, agosto, 2008; p. A5, c. 1-3.

<sup>5</sup> [www.caprecom.gov.co/contratos/docscontratos/resolucion\\_adjudicacion\\_989\\_rafael\\_uribe](http://www.caprecom.gov.co/contratos/docscontratos/resolucion_adjudicacion_989_rafael_uribe). 03 de abril de 2009.

Por lo anterior, se ha dado un proceso coyuntural en la CRUU, con el paso de la ESE Antonio Nariño como entidad Estatal a ser entidad de carácter privado (UT Comfenalco Valle – UNILIBRE).

Transición que ha dejado como resultado procesos que requieren ser reestructurados y/o diseñados, en busca, principalmente de la recuperación de la confianza de los clientes en los diferentes servicios ofrecidos por la Clínica.

De acuerdo a conversación sostenida con el Doctor Humberto Acevedo Subgerente Administrativo de la CRUU, sobre los diferentes aspectos (financieros, comerciales o de calidad) que requieran intervención para el logro de los objetivos organizacionales, sugiere realizar ésta en el área de mejoramiento continuo con la asesoría y apoyo de la Doctora Martha Conde directora del departamento de calidad<sup>6</sup>.

Posteriormente, la Doctora Conde, junto con la Doctora Maria Elena Echeverri subdirectora del área, plantearon una serie de líneas las cuales requieren de un trabajo de investigación y propuesta de mejora. Las líneas sugeridas fueron: Gestión Humana, Producto No Conforme, Acciones Correctivas y Preventivas, Validación de Procesos, Control de Documentos, Registros y Distribución, Medición, Análisis y Mejora Continua, y por último, Servicio al cliente<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> ENTREVISTA con Humberto Acevedo, Subgerente Administrativo de la CRUU. Cali, 26 de febrero de 2009.

<sup>7</sup> ENTREVISTA con Martha Conde, Directora del área de mejoramiento continuo de la CRUU. Cali, 03 de marzo de 2009.

De las anteriores opciones, teniendo en cuenta la situación de la Clínica y por la relación directa con el cliente, consideraron que el proceso de Servicio al Cliente sería el más indicado para realizar la investigación propuesta.

Como parte del proceso de investigación, se realiza entrevista a la jefa de Servicio al Cliente, Adalgiza Amaya C., quién inicialmente dio a conocer los subprocesos que conforman el proceso de Servicio al Cliente, los cuales son: Recepción, Validación de Derechos y Solicitud de Autorizaciones, Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias, Evaluación de la Satisfacción del Cliente y Asignación de Citas<sup>8</sup>.

## **1.2 JUSTIFICACION**

Partiendo de la necesidad que se evidencia en la Clínica Rafael Uribe Uribe de mejorar en aspectos concernientes al Servicio, comunicación y orientación del cliente, surge la idea de realizar un proyecto de investigación con el fin de estructurar el proceso de Servicio al Cliente, que permita establecer, delimitar y controlar eficazmente las diferentes actividades que intervienen en Él.

Con lo anterior, se pretende inicialmente realizar un aporte a esta Empresa que le permita minimizar notablemente el porcentaje de quejas, manifestadas en la satisfacción del cliente, y a la vez, en la voz a voz positiva hacia la Institución. Mediante este enfoque se proyecta contribuir acertadamente en la búsqueda de competitividad de la CRUU respecto a las clínicas más reconocidas de la ciudad.

---

<sup>8</sup> ENTREVISTA con Adalgiza Amaya, Jefa de servicio al cliente de la CRUU. Cali, 19 de marzo de 2009.

Académicamente para los autores, representa el medio de aplicación y práctica de todos los conocimientos y herramientas adquiridas durante la academia universitaria. La adquisición de experiencia en el área de la salud, combinada con aspectos de gestión de calidad entre otros, hace que esta tesis sea, tanto un trabajo enriquecedor profesionalmente como un reto personal.

Por último, teniendo en cuenta que uno de los autores se encuentra vinculado laboralmente con esta empresa, el aporte exitoso realizado a la misma mediante este trabajo, representa la oportunidad de dar a conocer sus competencias y habilidades en la misma. Es razonable, por lo tanto, considerar la posibilidad de aspirar a una mejor posición dentro del organigrama de la institución.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1 APROXIMACION AL PROBLEMA**

Mediante la entrevista realizada a la jefa del proceso de servicio al cliente, se identificó que el proceso no cuenta con subprocesos claramente documentados, lo cual no permite ofrecer una satisfactoria atención al cliente, tanto interno como externo. Esto se evidencia en la observación y análisis donde se constata que los funcionarios no tienen claras ni delimitadas sus funciones. Esta situación conlleva a que de acuerdo a las circunstancias los funcionarios tiendan a evadir o asumir funciones no pertinentes.

Igualmente, esta falencia dificulta el proceso de capacitación o entrenamiento, pues no existen estándares definidos que permitan a

personas ajenas al cargo, realizar eficazmente la aprehensión de la inducción sobre las funciones propias del cargo o vacante a ocupar.

Por otro lado, se manifiesta que existen falencias de comunicación y coordinación entre los subprocesos de Servicio al Cliente y los procesos que conforman los servicios de la clínica, provocando retrasos en los mismos y por ende insatisfacción del cliente; evidenciándose de esta manera la necesidad de estandarización de los procesos y subprocesos.

Los registros y seguimiento de quejas y reclamos de los clientes, es diseñado y aplicado por el proceso de Servicio al Cliente. La clasificación de éstos se realiza mediante los siguientes criterios: atención, tiempo de espera, orientación e información, trato, relacionadas con las EPS y autorizaciones.

De acuerdo al registro de quejas y reclamos causados en el periodo comprendido entre octubre de 2008 y mayo de 2009, se evidencia la insatisfacción de los clientes teniendo en cuenta los seis criterios analizados dentro de la clasificación planteada, según se observa en la tabla 1, Tabulación de quejas y reclamos.

**Tabla 1. Tabulación de quejas y reclamos  
Octubre de 2008 a Mayo de 2009.**

<b>CRITERIOS</b>	<b>Atención</b>	<b>Tiempo Espera</b>	<b>Orientación Información</b>	<b>Trato</b>	<b>Relacionadas con la EPS</b>	<b>Autorizaciones</b>	<b>TOTAL QUEJAS</b>
<b>No. De quejas</b>	232	65	24	34	16	8	<b>379</b>

Fuente: Tabulación de quejas y reclamos, IPS CAPRECOM Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco Valle – UNILIBRE.

Conforme a los resultados proyectados en la anterior tabulación, se concluye que los criterios con mayor incidencia dentro de la clasificación son: Atención con el 60%, tiempo de espera con el 18% y trato con el 9.5%.

Realizado el anterior análisis, sumado al resultado de la entrevista a la jefa de Servicio al Cliente y a la observación hecha mediante visita realizada, se evidencian una serie de falencias en el proceso de Servicio al Cliente, lo cual conllevan a la necesidad de diseñar herramientas que permitan erradicar las causas de la insatisfacción del cliente.

Teniendo en cuenta las anteriores razones, se propone establecer una mejora al proceso existente de Servicio al Cliente, mediante la implementación del sistema de Gestión por Procesos, el cual es una potente y útil herramienta estratégica, ya que actúa como dispositivo de medición, control, recopilador y a su vez difusor de información tanto para la empresa como para el cliente.

Igualmente, permite reducir costos innecesarios y lo más importante, define el grado de satisfacción del cliente interno y externo identificando a la vez sus necesidades.

El adoptar un enfoque centrado en el cliente suele requerir un cambio de actitud; Por lo tanto, la organización debe orientar sus acciones a satisfacer sus necesidades y expectativas, lo cual implica un compromiso continuo de todo el personal.

### **1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo estructurar de manera eficaz el proceso de atención al cliente que existe actualmente en la Clínica Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Santiago de Cali?

### **1.3.3 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA**

- ¿De qué manera se puede establecer la estructuración del proceso actual de Servicio al Cliente?
- ¿Cómo evaluar las necesidades y expectativas del cliente del proceso de Servicio al cliente?
- ¿Mediante qué sistema se puede reestructurar el proceso de servicio al cliente?
- ¿Cómo diseñar los indicadores, documentos y registros que permitan realizar seguimiento, evaluación y mejora al proceso de Servicio al Cliente?

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Realizar una propuesta para reestructurar el proceso de atención al cliente que existe actualmente en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Santiago de Cali, basado en la Gestión por Procesos.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Describir el proceso actual de servicio al cliente.
2. Identificar las necesidades y expectativas del cliente frente al proceso de Servicio al Cliente.
3. Estructurar un proceso mejorado de Servicio al Cliente, mediante la aplicación del sistema de Gestión por Procesos.
4. Formular indicadores y diseñar formatos que permitan realizar seguimiento, evaluación y mejora al proceso de Servicio al Cliente.

#### **1.5 MARCO CONCEPTUAL**

##### **CALIDAD:**

La calidad es un concepto formulado a la luz de la percepción del consumidor y sólo puede definirse con base en las especificaciones que satisfagan sus necesidades, en otros términos, consumidor determina qué es la calidad. Cuando los productos son tangibles, la calidad se utiliza para comparar diversos bienes del mercado. No obstante, en servicios, la calidad es más difícil de probar porque un servicio se consume en el mismo momento en que se produce. Coexiste calidad intermedia: la calidad debe ser total y administrarla implica que todos los miembros de la organización tomen conciencia de ésta y se comprometan en ella.

En salud, se puede determinar conforme a estándares estadísticos de ocurrencia y cura de enfermedad, por encima, o por debajo del promedio (para servicios de baja calidad). Sin embargo, debe decirse que la calidad en la salud tiene un fuerte componente subjetivo y emocional cuando el cliente juzga la atención. En este caso, los resultados alcanzados puede estar



dentro de patrones de calidad y el cliente quizá no los valore adecuadamente por motivos emocionales<sup>9</sup>.

### **CALIDAD DEL SERVICIO:**

La calidad del servicio tiene dos dimensiones: una instrumental que describe los aspectos físicos del servicio-, y otra relacionada con las características funcionales que describe los aspectos intangibles o psicológicos del servicio. En consecuencia, como afirma Groonroos, un servicio se identifica por los aspectos “técnicos” y “funcionales”, los dos componentes de la calidad.

Por otra parte, dado que un servicio se consume en el mismo momento en que se produce, los aspectos técnicos y funcionales deben estar bien articulados para que proporcionen al consumidor una percepción objetiva de la calidad. La calidad del servicio se obtiene a partir de la relación entre la no confirmación de la expectativa y el desempeño del servicio. Si el desempeño del servicio no está en consonancia con la calidad esperada, es señal de que no se confirma la expectativa. Entonces, la satisfacción resultante del consumo de un servicio no es sólo un fenómeno cognoscitivo sino que implica la afectividad y los sentimientos del consumidor, quien se siente bien cuando está satisfecho, y mal cuando está insatisfecho. Según Philip Kotler, sugiere a la empresa ofrecer alta satisfacción a los consumidores, pues debido a la alta naturaleza intangible del servicio, las fugas son más difíciles de evitar y, en consecuencia, muchas empresas procuran brindar alta satisfacción a los clientes como estrategia para retenerlos<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup>COBRA. Marcos. Marketing de Servicios, Colombia: McGraw Hill, 2ª. Edición, 2000, p.140–230.

<sup>10</sup>COBRA. Marcos. Marketing de Servicios, Colombia: McGraw-Hill, 2ª. Edición, 2000, p.19-141-143.

### **COMPRADOR MISTERIOSO U HORA DE LA VERDAD:**

Es una de las técnicas más utilizadas para evaluar la calidad de la atención de un servicio; el entrevistador se hace pasar por comprador o consumidor del servicio sin que esto sea de conocimiento de las personas que atienden en la empresa. Ésta es la llamada hora de la verdad en la que el vendedor del servicio o quién atiende es evaluado por el investigador sin que aquél lo sepa. Este momento es revelador pues permite que se detecten las diversas fallas que rebajan la calidad del servicio ofrecido. No basta simplemente satisfacer a los clientes; es necesario hacerlos felices<sup>11</sup>.

### **SERVICIO:**

Es proponer soluciones que satisfagan las necesidades, deseos y fantasías de los clientes previamente identificadas con rapidez de manera correcta. Un servicio sólo tiene valor para el consumidor si éste reconoce la importancia del beneficio ofrecido. Las principales características de un servicio son: **Intangibilidad** (un servicio es más intangible que tangible), **Relación con los clientes** (es indispensable la presencia del cliente), **Perecederos** (no es posible almacenarlos y reproducen en el mismo tiempo que se consumen) e **Inseparabilidad** (el servicio depende del desempeño de los empleados quienes son parte esencial del mismo).

### **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:**

Las necesidades de los clientes son dinámicas; por tanto, nunca debe pensarse que se conocen suficientemente, implica, saber qué es expectativa y qué es deseo.

---

<sup>11</sup>COBRA. Marcos. Marketing de Servicios, Colombia: McGraw-Hill, 2ª. Edición, 2000, p. 11-28,144.

- *Expectativa:* Olson y Dover la definen como: “las creencias en que el desempeño del producto y del servicio puedan proporcionar satisfacción en algún momento futuro”.
- *Deseos:* Olson y Dover la definen como: “Los deseos de la satisfacción obtenida con el desempeño de un producto o servicio pueden ser explícitos o estar ocultos”.

Por lo tanto, todo proceso de evaluación de satisfacción del cliente debe estar dirigido a identificar las necesidades y los deseos del cliente. Así, por ejemplo a través de un cuestionario o una entrevista personal es posible elaborar una lista de los principales factores que determinan la satisfacción o la insatisfacción de un cliente. Al tener en cuenta los servicios estandarizados de atención, los precios fijados, la calidad del servicio y el valor percibido del producto o servicio ofrecido, es posible evaluar el grado de satisfacción del cliente medido por el cociente del valor que el servicio representa para él, con base en la relación entre costos bajos esperados, multiplicados por el tiempo de búsqueda –que debe ser reducido- por la calidad –que debe ser alta- multiplicada por los servicios ampliados, es decir, que deben ir más allá de lo esperado.

Cliente satisfecho

$$\text{Valor para el consumidor} = \frac{\text{Costos bajos esperados X tiempo de búsqueda reducido}}{\text{Calidad alta X servicios ampliados}}$$

En salud, la satisfacción se ve cuando el paciente se siente bien por que se cumplieron sus expectativas relacionadas con la atención. No obstante, es

bueno observar que normalmente un cliente nunca queda totalmente satisfecho pues siempre tiene algo que reclamar<sup>12</sup>.

### **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:**

Philip Kotler define la satisfacción del cliente como "el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas".

### **VALOR PERCIBIDO:**

El valor es un aspecto que el cliente busca en un servicio de conformidad con las expectativas relacionadas con lo que se ofrece, es algo parecido a un beneficio. Muchas veces una empresa infiere lo que el cliente valora y fija una estrategia equivocada; por tanto, es importante invertir en el conocimiento del valor percibido. Por ejemplo, ¿qué valora un cliente en un banco: la garantía o el buen servicio? Dependiendo del momento, la garantía puede ser un valor importante pero, a partir del instante en que todos los bancos ofrecen garantías, puede percibirse que es mejor el que brinde la mejor atención. En consecuencia, el valor es todo aquello que aprecian los clientes en determinado servicio, como son los beneficios técnicos del servicio, los servicios que se agregan e incluso los beneficios económicos y sociales del servicio.

El valor percibido en salud es algo que el paciente busca en un servicio de conformidad con sus expectativas de mejorar la calidad de vida, no sentir dolor, lograr el bienestar y, sobre todo obtener larga vida. Mediante la investigación es posible identificar y medir el valor para un cliente de

---

<sup>12</sup> COBRA, Marcos. Marketing de Servicios, Colombia: McGraw-Hill, 2da edición, 2000, p.127-230

servicios de salud. Una buena y correcta atención puede no ser valorada como es debido sino se atiende el lado emocional del cliente<sup>13</sup>.

### **CARGOS:**

Es el conjunto de tareas ejecutadas de manera cíclica o repetitiva. Diseñar un cargo es especificar su contenido (tareas), los métodos que deben emplearse en la ejecución de las tareas y las relaciones con los demás cargos. El *diseño de cargos* es el proceso de crearlos, proyectarlos y combinarlos con otros cargos para la ejecución de tareas

La simplificación del diseño de cargos otorga las siguientes ventajas:

1. Admisión de empleados con calificación mínima y salarios menores, lo cual reduce los costos de producción.
2. Minimización de los costos de entrenamiento.
3. Reducción de errores en la ejecución del trabajo, lo que disminuye desperdicios y devoluciones.
4. Facilidad de supervisión, lo cual permite que cada supervisor controle un número mayor de subordinados.
5. Aumento de la eficiencia del trabajador y, por tanto, de su productividad<sup>14</sup>.

### **SISTEMAS:**

Sistema es un conjunto de elementos dinámicamente relacionados entre sí, formando una actividad para alcanzar un objetivo, operando sobre entradas (información, energía o materia) y proveyendo salidas (información, energía o materia) procesadas. Los elementos, las relaciones entre ellos y los objetivos

---

<sup>13</sup>COBRA, Marcos. Marketing de Servicios, Colombia: McGraw-Hill, 2ª. Edición, 2000, p. 116-230.

<sup>14</sup>CHIAVENATO, Adalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración, Colombia: McGraw-Hill, 7ª Edición, 2006, p. 52-53.

(o propósitos) constituyen los aspectos fundamentales de la definición de un sistema<sup>15</sup>.

### **COMUNICACIÓN:**

Es el intercambio de información entre personas. Significa volver común un mensaje o una información. Constituye uno de los procesos fundamentales de la experiencia humana y la organización social. La comunicación requiere un código para enviar el mensaje en forma de señal (ondas sonoras, letras impresas, símbolos) a través de determinado canal (aire, alambres, papel) a un receptor que lo descodifica e interpreta su significado. La comunicación oral directa, es decir, la conversación, emplea el lenguaje como código y lo refuerza con elementos de comunicación no verbales (gestos, señales, símbolos). La comunicación interpersonal también puede intercambiar mensajes a distancia mediante la escritura, el teléfono o de Internet<sup>16</sup>.

### **PROCESO:**

Es un conjunto de actividades estructuradas y destinadas a dar por resultado un producto específico para un determinado cliente o mercado. Es una ordenación específica de las actividades de trabajo en el tiempo y en el espacio, con un comienzo, un fin, y entradas y salidas claramente identificadas. El proceso se entiende como una serie de actividades que proveen valor a un cliente. El cliente del proceso no es necesariamente un

---

<sup>15</sup>CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración, Colombia: McGraw-Hill, 7ª Edición, 2006, p. 360.

<sup>16</sup>CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración, Colombia: McGraw-Hill, 7ª Edición, 2006, p. 11.

cliente externo de la empresa. Él puede estar dentro de la empresa. Es el llamado cliente interno<sup>17</sup>.

### **PROCEDIMIENTOS:**

Modos de ejecutar o llevar a efecto los programas. Los procedimientos son planes que establecen la secuencia cronológica de las tareas específicas necesarias para realizar determinadas tareas o trabajos. Es el caso de los procedimientos de admisión de personal (qué documentos y formularios se necesitan para efectuar la admisión de las personas) y los procedimientos de los giros de cheques (quién debe llenarlos, quién debe firmarlos, etc.). También se denominan rutinas.

### **RESPONSABILIDAD:**

La responsabilidad es una consecuencia natural de la autoridad e implica el deber de rendir cuentas. La autoridad es el derecho de dar órdenes y el poder de esperar obediencia. Ambas deben estar equilibradas entre sí.

### **CONTROL:**

Verificar que todo suceda de acuerdo con las reglas establecidas y las órdenes dadas. Verifica que todas las etapas marchen de conformidad con el plan trazado, las instrucciones dadas y los principios establecidos. Su objetivo es identificar las debilidades y los errores para rectificarlos y evitar que se repitan<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup>CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración, Colombia: McGraw-Hill, 7ª Edición, 2006, p 187.

<sup>18</sup>CHIAVENTO, Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, Colombia: McGraw-Hill, 7ª Edición, 2006, p.70-145.

**MOMENTOS DE LA VERDAD:**

Evento que ocurre durante la interacción entre la organización que proporciona un servicio a través de sus instalaciones o un miembro de su personal y el cliente que lo recibe. Es el instante en que el consumidor percibe la calidad del servicio y emite un juicio de valor sobre ésta<sup>19</sup>.

**ENTRENAMIENTO:**

El cambio de actitudes hacia la calidad requiere de la aceptación de la necesidad por cambiar, y para que ésta ocurra es esencial proporcionar entrenamiento y educación para generar interés y concientización en el personal. El programa educacional continuo debe ser extensivo a todo el personal<sup>20</sup>.

**ESTANDARIZACIÓN:**

Elegir una forma sencilla de realizar una actividad y hacer que todos los colaboradores lleven a cabo esa actividad, del mismo modo todas las veces<sup>21</sup>.

**1.6 MARCO TEÓRICO**

En el transcurso del tiempo han sido ideados una serie de estudios y métodos con el único objetivo de garantizar una alta calidad en la prestación de los servicios; los cuales se han aplicado con éxito en diferentes campos.

---

19 CANTÚ, Humberto. Desarrollo de una Cultura de Calidad, McGraw-Hill, Segunda Edición, 2001, p. 360.

20 CANTÚ, Humberto. Desarrollo de una Cultura de Calidad, McGraw-Hill, Segunda Edición, 2001, p. 355.

<sup>21</sup> HARRINGTON H., James. Mejoramiento de los procesos de la empresa, Editorial McGraw-Hill, 1993, p.148.



Dentro de los estudios y métodos desarrollados encaminados al Servicio al Cliente, no se encuentran investigaciones realizadas en el campo de la salud dirigidas explícitamente a éste proceso. De las investigaciones halladas se destacan por su aproximación al tema de estudio de esta tesis, los siguientes documentos:

Dos tesis de grado localizadas en la biblioteca Mario Carvajal de la Universidad del Valle, Sede Meléndez y una tesis de grado en la biblioteca de la Universidad del Valle Sede Palmira, cuyo tema central es la atención al cliente. En EBSCO (base de datos en línea) se halló un trabajo de investigación sobre una organización de servicios de información basada en la gestión por procesos.

Continuando con las investigaciones bibliográficas, se indaga el texto: *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*, de los autores Cesar Cámison, Sonia Cruz y Tomás González, del cual se obtiene información sobre la gestión por procesos y las dimensiones de la calidad del servicio.

Teniendo en cuenta la importancia de la normatividad, se considera relevante tener como patrón el manual de Acreditación para Entidades de Salud.

Por último, se detallarán los pasos a seguir para la caracterización de procesos, documentación de procedimientos, levantamiento de indicadores y registros para realizar seguimiento, evaluación y mejora a los procesos. Lo anterior conforme a lo estipulado en la Guía Básica del Sistema de Mejor Gestión de la Universidad Nacional de Colombia.

En el trabajo de investigación, Plan Estratégico de Servicio al Cliente de la empresa de Energía del Pacífico EPSA, plantea como uno de sus objetivos identificar los factores que se deben considerar para la formulación de este plan. Igualmente, para lograr el desarrollo y consecución de este objetivo se tuvo en cuenta criterios y conceptos tales como: la satisfacción del cliente, la lealtad del cliente y cómo desarrollarla, los principios básicos de la administración estratégica y el modelo planteado para la elaboración de un plan de desarrollo.

Además, considera necesario “llevar a cabo una verificación de servicio al cliente, contratar a los empleados adecuados, capacitar bien a los empleados, educar también a los clientes, educar a todos los empleados y estandarizar los sistemas de respuestas”<sup>22</sup>.

Otro de los estudios enfocados en el Servicio al Cliente y concerniente al área de la salud, es el denominado Habilidades Sociales en la Situación de Atención al Cliente en una Institución de salud de la Ciudad de Cali.

Este estudio fue abordado en tres etapas, en las cuales se involucra a usuarios y funcionarios. La primera etapa, es de indagación mediante cuestionarios semiestructurados para los primeros y un taller para los segundos. El objetivo era establecer las necesidades, expectativas y percepción frente al Servicio al Cliente.

---

<sup>22</sup>CHARVET V., Luís Eduardo y GARCIA, Juan Carlos. Plan Estratégico de servicio al cliente para la Empresa de Energía del Pacífico EPSA S.A. ESP. Palmira: 2004, 23-62 p. Trabajo de grado (Administración de empresas). Universidad del Valle sede Palmira. Facultad de ciencias de la Administración.

La segunda etapa, fue realizada solo con funcionarios por medio de cuatro talleres de entrenamiento que buscaba facilitar el desarrollo de las habilidades sociales. La tercera etapa consiste en una segunda indagación mediante un cuestionario semiestructurado dirigido a los clientes, por medio de éste, se busca establecer la influencia de los talleres en la percepción del servicio que reciben.

La información obtenida en la primera indagación, tanto en usuarios como en funcionarios, fue clasificada inicialmente en tres categorías que fueron: percepción, necesidades y expectativas; de los dos últimos se escogieron las manifestaciones conductuales que correspondían a habilidades sociales.

Esta lista de necesidades y expectativas fue agrupada por similitud, obteniendo en una primera revisión ocho temas centrales que fueron: amabilidad, atención, priorización, eficiencia, formalidad, interés, información y orientación; trataron desde dos puntos de vista: manejo del tiempo y manejo de procesos; buscando reducción en tiempos de espera y respeto de los horarios de atención. Igualmente se realizó identificación de los ladrones de tiempo, especialmente los que afectan la atención y como podrían eliminarse para brindar atención rápida.

En la segunda y última indagación, la información recolectada muestra que los usuarios perciben cambios en la manera como se brinda el servicio. El cambio percibido por los clientes, se considera que se debe a una conjunción de múltiples factores organizacionales y personales.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup>CUELLAR B., Ulises, OVIEDO A., Olga y VARGAS E., Patricia. Habilidades sociales en la situación de atención al cliente en una institución de salud de la ciudad de Cali. Cali, 1998, 5-103 p. trabajo de grado (Psicología). Universidad del Valle sede Meléndez. Escuela de Psicología.

En el trabajo de investigación de el perfil de competencias en los ejecutivos de servicio al cliente para el manejo adecuado de los momentos de verdad. La autora busca establecer el perfil de competencias requerido para el manejo adecuado de los momentos de verdad, en ejecutivos de servicio de atención al cliente personalizado, en una empresa de telefonía celular.

Lo anterior, mediante la caracterización del proceso de atención personalizada, en función de los momentos de verdad identificados por los ejecutivos y los responsables del área. También busca brindar elementos para el fortalecimiento del personal de servicio al cliente, en función de las competencias identificadas; así como pautas para procesos relacionados con selección, desarrollo y fortalecimiento del personal de servicio al cliente.

A partir de los respectivos análisis, se evidenció que desde la perspectiva de los ejecutivos de atención personalizada, los verdaderos momentos de verdad, se identifican como dos (2) momentos de un continuum interactivo. El contacto inicial y el cierre de la relación que se establece, caracterizado por una solicitud o demanda específica del cliente hacia un ejecutivo, hasta la satisfacción o no de la necesidad, requerimiento o expectativa.

Respecto a las competencias, los entrevistados identifican sus competencias como un todo en acción, a través de acciones prácticas y condiciones personales, llámense habilidades, destrezas, aptitudes, actitudes, que les permite confluir efectivamente en diferentes dimensiones o niveles de actuación. La relación interpersonal y comunicación y la resolución de problemas, se consideran las competencias esenciales en el desempeño de la labor.

Por lo anterior, la autora recomienda algunas pautas para el uso y/o desarrollo del perfil de competencias en procesos de gestión de personal y actividades de formación<sup>24</sup>.

La gestión por procesos en las instituciones de información, por Mercedes de la C. Moreira Delgado, Master en bibliotecología y ciencias de la información, ilustra la importancia del enfoque basado en procesos. Reconociendo este como la forma más eficaz para desarrollar acciones que satisfagan las necesidades de los usuarios, tanto internos como externos. Independientemente del sector o actividad económica de la organización.

### **Beneficios de la gestión por procesos:**

Probados son los beneficios que concede la gestión por procesos a cualquier organización que la asuma. Los procesos de las organizaciones de información se asocian a un buen número de factores críticos de éxito en las empresas, contribuyen a crear compromisos, generan recursos, proyectan una situación, solucionan conflictos y facilitan el logro de objetivos y metas. La gestión por procesos genera a cualquier organización los siguientes beneficios:

- Permite medir la actuación de la organización, reducir los costos internos innecesarios y acortar los plazos de entrega (reducir tiempos del ciclo) para mejorar la calidad de los productos/servicios.
- Define el grado de satisfacción del cliente interno o externo y lo compara con la evaluación del desempeño personal.

---

<sup>24</sup> DORONSORO B., Ángela Maria. Perfil de competencias en los ejecutivos de atención al cliente para el manejo adecuado de los momentos de verdad. Cali, 2000, 4-87p. trabajo de grado (Psicología). Universidad del Valle sede Meléndez. Escuela de Psicología.

- Identifica las necesidades de los usuarios o clientes externos y orienta a la organización para compatibilizar la mejora de la satisfacción del cliente con mejores resultados organizacionales.
- Revela aquello que es positivo del trabajo en equipo contra el trabajo individual.
- Anula las divisiones de las funciones por departamentos o unidades organizativas.
- Apunta a la organización en torno a resultados y no a tareas.
- Asigna responsabilidades a cada proceso.
- Establece en cada proceso indicadores de funcionamiento y objetivos de mejora.
- Mantiene los procesos bajo control, mejora continuamente su funcionamiento global y reduce su inestabilidad a causa de cambios imprevistos<sup>25</sup>.

En el texto Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas, en el capítulo 13 expone la gestión de la calidad por procesos, presentándola como una nueva forma de definir a la organización y por tanto, una nueva forma de gestionarla. Se observa a la organización como un conjunto de procesos que se realizan simultáneamente y que están interrelacionados.

### **Características de un proceso: elementos, límites y factores**

Todo proceso, para ser considerado como tal, debe cumplir una serie de características, tales como:

1. Posibilidad de ser definido. Siempre tiene que tener misión, es decir, una razón de ser.

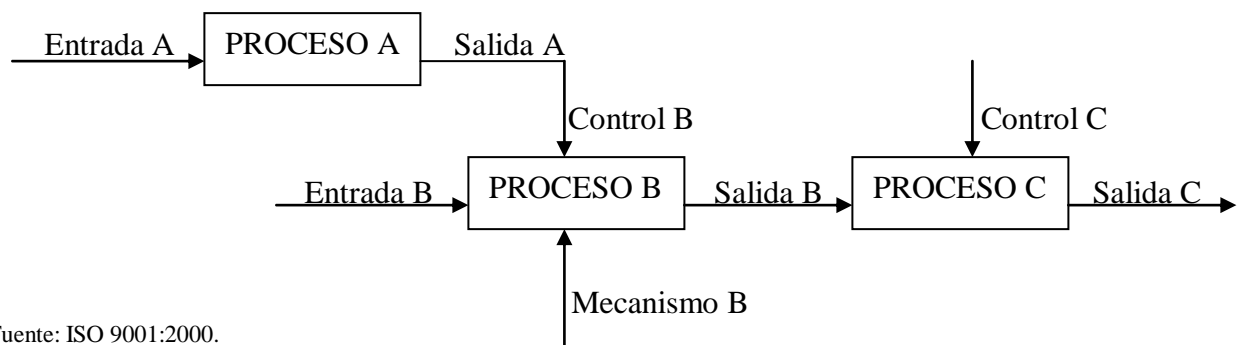
---

<sup>25</sup> MORERA DELGADO, Mercedes. La gestión por procesos en las instituciones de información. La Habana Cuba: 2006, 9-10 p. ebsco (base de datos en línea).

2. Presentación de unos límites, es decir, claramente especificados su comienzo y su terminación.
3. Posibilidad de ser representado gráficamente.
4. Posibilidad de ser medido y controlado, a través de indicadores que permitan hacer un seguimiento de su desarrollo y resultados e incluso mejorar.
5. Existencia de un responsable, encargado de la eficiencia y la eficacia del mismo entre otras muchas tareas, como, por ejemplo, asegurar la correcta realización y control del proceso en todas sus fases.

Los input y los output de un proceso concreto constituyen las salidas y las entradas de otros procesos respectivamente. Los diferentes procesos de una organización están interrelacionados, de manera que la salida de un proceso constituye directamente la entrada del siguiente proceso, por lo que se hace imprescindible identificarlos bien y conocer los límites de cada uno para gestionarlos de manera efectiva. (Figura 1)<sup>26</sup>.

**Figura 1. Conjunto de procesos en una organización.**



Fuente: ISO 9001:2000.

<sup>26</sup> CAMISON, C. Cruz, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas, España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 845.

Por último, por **factores de un proceso** las personas, materiales, recursos humanos y los métodos empleados en él. El control de estos factores permite tener el proceso bajo control, de manera que, si surge algún resultado no deseado o funcionamiento incorrecto, saber qué factor lo ha provocado es fundamental para orientar las acciones correctoras o de mejora. En la Figura 2 se recogen los límites, elementos y factores de un proceso, los proveedores y clientes, los cuales pueden ser internos o externos<sup>27</sup>.

**Figura 2. Límites, elementos y factores de un proceso**

ENTRADA / INPUT		PROCESO	SALIDA / OUTPUT	
PRODUCTO	PROVEEDOR		PRODUCTO	CLIENTE
Características Objetivas		PERSONAS	Características Objetivas	Satisfacción
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsable del proceso</li><li>• Miembros del equipo</li></ul>		
		MATERIALES		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Materias primas</li><li>• Información</li></ul>		
Criterios de evaluación		RECURSOS FISICOS	Criterios de evaluación	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Maquinaria y utillaje</li><li>• Hardware y software</li></ul>		
		METODO DE		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Operación</li><li>• Medición / evaluación:</li></ul>		
		Funcionamiento del proceso		
		Producto		
		Satisfacción del cliente		
MEDIDAS DE		Eficiencia y Eficacia	Cumplimiento	Satisfacción

Fuente: Pérez (2004).

<sup>27</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 846.



## **Representación gráfica de los procesos**

Todos los procesos se pueden representar gráficamente. La forma más usual de representación gráfica es la utilización de diagramas. El uso de éstos facilita la comprensión global del proceso por la presentación visual que facilita la comunicación, ejecución y análisis de los procesos. Entre este tipo de herramientas destacan el diagrama de bloques y el diagrama de flujo.

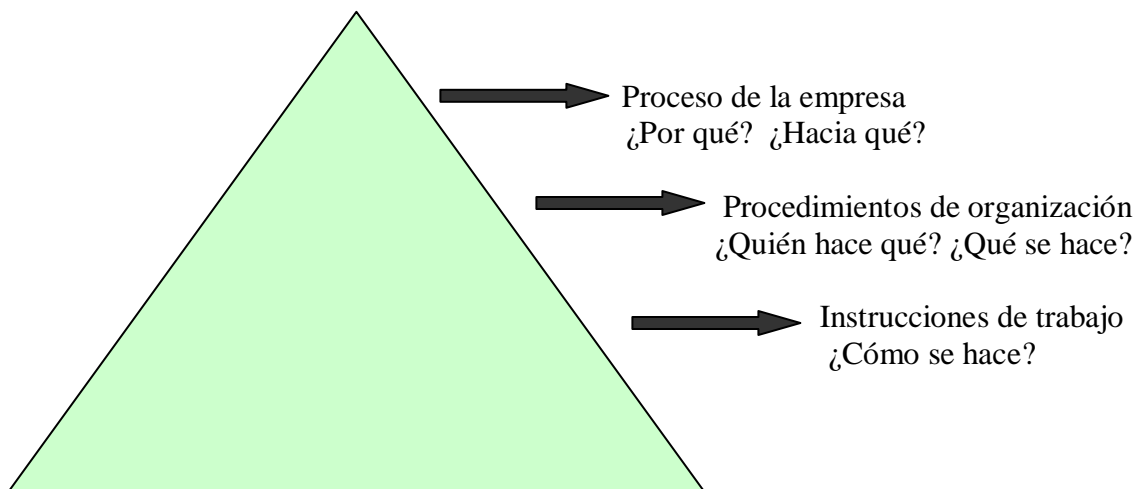
Entre las distintas formas de representación existentes, el autor del texto sugiere el Qualigramme, por las numerosas ventajas que conlleva su utilización. Este se basa en una estructura piramidal que distingue tres niveles de modelización: el primer nivel lo constituyen los procesos de la empresa.

El segundo nivel son los procedimientos de la organización y representa el enfoque organizativo de la empresa, indicando no solo las acciones a realizar, sino también las distintas informaciones a intercambiar y las herramientas a utilizar. El tercer nivel está formado por las instrucciones de trabajo y constituyen el enfoque de campo. Permite identificar las operaciones elementales que hay que llevar a cabo para desarrollar una tarea, así como los controles y las acciones correctoras adecuadas. (Figura3)<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 850-851.

**Figura 3. Pirámide Qualigramme**



A continuación se explica brevemente cada uno de estos tres niveles, que suponen la descripción de procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo dentro de la organización.

### **Descripción de procesos**

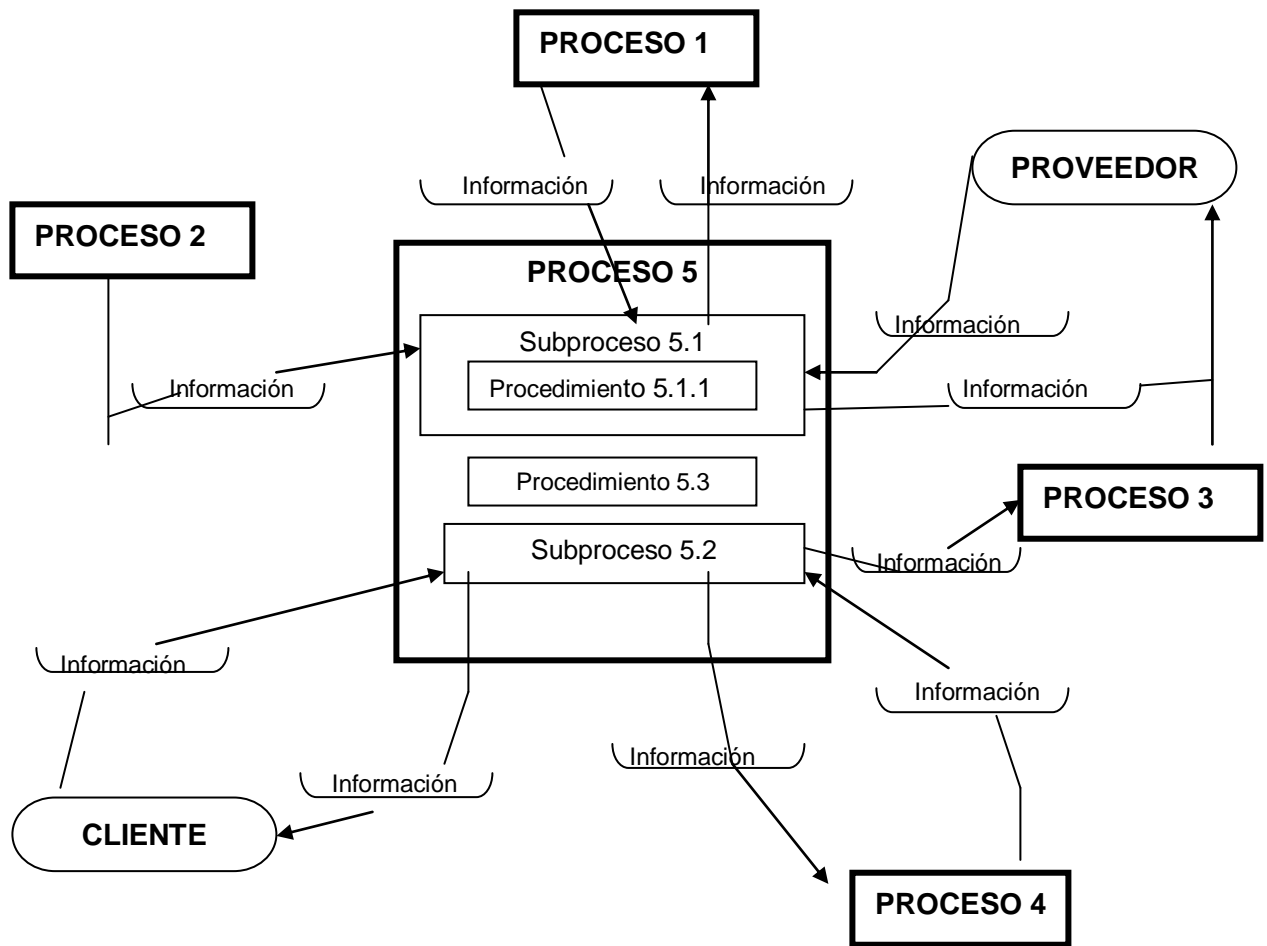
Mediante el método de descripción gráfica Qualigramme, existen varias formas posibles de representar los procesos, con distinto grado de detalle cada una.

- Cartografía macroscópica: presenta el conjunto de procesos de la empresa.
- Cartografía relacional: identifica relaciones entre procesos.
- Cartografía detallada: muestra los subprocessos y procedimientos que integran un proceso, así como sus relaciones.

De los métodos anteriores, se representará gráficamente el de cartografía detallada, teniendo en cuenta que es el que más se aproxima al proceso objeto de esta investigación (Figura 4).

**Figura 4. Cartografía detallada**

Nivel I	Ref. Pro 001	Versión 001	LOGOTIPO
Ejemplo genérico	Cartografía detallada	20/03/03	



En este tipo de cartografía se representan flechas de entrada y salida que indican los flujos de información que se intercambian entre los procesos, subprocesos y procedimientos representados<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 852-855.

## **Descripción de procedimientos**

Los procedimientos permiten saber quien hace qué y qué se hace con respecto a un objeto concreto.

Un procedimiento integra varios roles (o funciones), las instrucciones que realizan, los medios principales que requieren para ello (herramientas, materiales y documentos) y una cronología de desempeño de las instrucciones.

Para redactar un procedimiento de forma gráfica según el lenguaje Qualigramme, es importante seguir las siguientes indicaciones:

- Determinar los papeles o roles implicados: rol externo; roles internos; unidades.
- Identificación del elemento desencadenante: información procedente de un rol externo o de una actividad anterior.
- Identificar todas las instrucciones que integran el procedimiento.
- Para cada instrucción, implementar un cuestionario con once cuestiones a responder. (Figura 5).
- Asignación de los medios (materiales y documentos) para la realización de las instrucciones.
- Comentario de las formas gráficas que lo requieran (breve para aclarar a que se refiere la forma).
- Definir las instrucciones a desarrollar, aquellas que presenten riesgos o requieran vigilancia especial deben ser desarrolladas mediante un zoom hacia un nivel 3.
- Identificar el elemento que finaliza el procedimiento.
- Identificar responsabilidades: diseñar el rol responsable del procedimiento, así como el responsable y los participantes de las actividades compartidas.

**Figura 5. Cuestionario para cada instrucción**

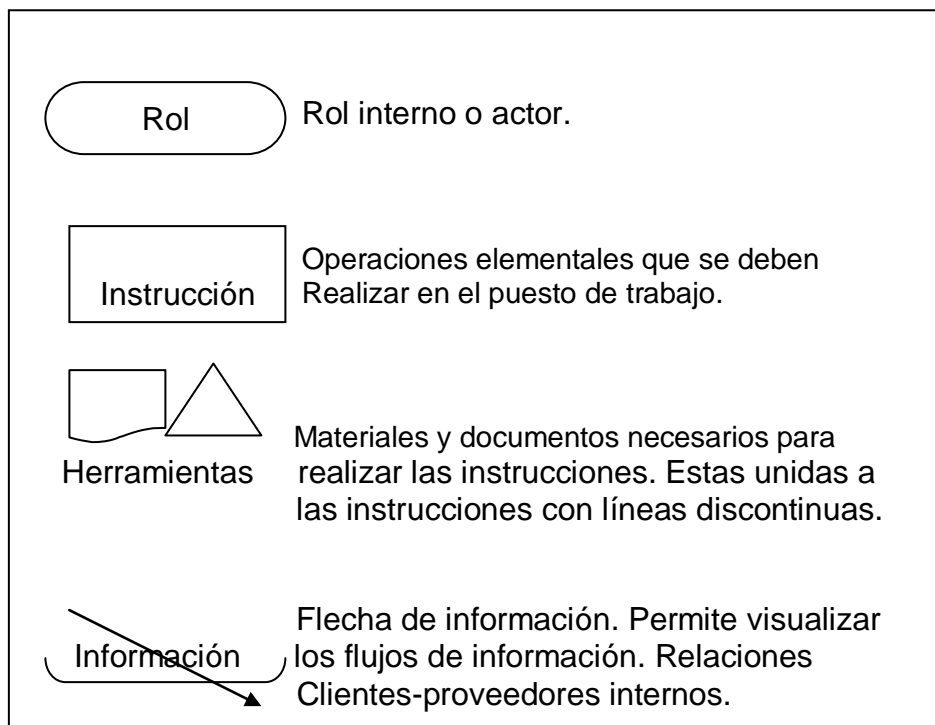
1. ¿Quién? (permite colocar la instrucción en columna correcta)
2. ¿Qué? (Descripción de la instrucción).
3. ¿Qué información? (información que lanzan las instrucciones).
4. ¿De qué? ¿De donde? (origen de la información).
5. ¿De quién? (Rol que proporciona la información).
6. ¿Cómo? (Forma de realizar la instrucción).
7. ¿Con qué? (Medios necesarios).
8. ¿Qué información? (produce la instrucción).
9. ¿Hacia qué? ¿Hacia dónde?
10. ¿Hacia quién?
11. ¿Qué obligación? (especificaciones: tiempo, coste, control, técnicas).

También el cumplimiento de las siguientes reglas ayuda a la creación de la representación gráfica de los procedimientos:

- No superar el tamaño A4.
- Colocar seis roles como máximo.
- Representar entre cinco y diez instrucciones como máximo.
- La descripción de una instrucción siempre lleva un infinitivo y nunca una “y”.
- Cada instrucción tiene al menos una flecha de información de entrada y otra de salida.
- Un medio (material, herramienta o documento) siempre va unido a una instrucción.
- Siempre debe identificarse un rol responsable.

Los símbolos básicos empleados para la representación gráfica son los siguientes. (Figura 6).

**Figura 6. Símbolos básicos para un procedimiento (nivel 2).**



### **Descripción de una instrucción**

Las instrucciones de trabajo permiten conocer cómo se realiza una actividad concreta, asignada a un único rol. Deben ser muy detalladas y recoger todas las operaciones necesarias para realizar la actividad que se describe. Pertenecen al tercer nivel de la pirámide Qualigramme.

Para redactar una instrucción de trabajo de forma gráfica es necesario:

- Identificar el rol implicado.
- Enumerar las diferentes operaciones que se desarrollan de forma cronológica.

- Destacar las herramientas (materiales y documentos) necesarios para realizar las operaciones.
- Solo se deben describir las instrucciones de trabajo que contengan riesgo, es decir, probabilidad de aparición de disfunciones o disconformidades, y por tanto, requieren de vigilancia especial

Los símbolos utilizados para la representación gráfica son similares a los de procedimientos, solo varía en que el símbolo instrucción se denomina para este caso operación. Todas las instrucciones de trabajo se deben representar en un formato que no supere una página A4 y que esté dividido en tres columnas que recogen: el rol que desempeña la instrucción con las distintas operaciones a realizar, el plan de autocontrol y las acciones correctoras que se deriven de los controles no satisfactorios<sup>30</sup>.

### **El sistema de control de la gestión por procesos**

La gestión por procesos supone desarrollar un sistema de control que permita medir y evaluar el output de los procesos y el funcionamiento de éstos, además de permitir medir la satisfacción del cliente, bien sea interno o externo. Con ello, el sistema de control puede determinar qué procesos necesitan ser mejorados o rediseñados, estableciendo prioridades y generando el contexto adecuado para planificar y emprender acciones de mejora.

El control por procesos consiste en definir qué se debe controlar para conseguir los objetivos de cada proceso. Ahora la empresa debe medir:

---

<sup>30</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 856-858.

1. **Características objetivas del producto del proceso:** en la gestión por procesos, lo primero que hay que hacer es formalizar el producto de los procesos para poder llevar a cabo las mediciones. Posteriormente, hay que responder a cuatro preguntas: ¿qué medir?, ¿con qué medir?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, por último se ha de evidenciar el cumplimiento de la medición formalizada. Es importante señalar que en Qualigramme se asignan indicadores tanto a los procesos como a los procedimientos e instrucciones de trabajo, de forma que se asegura la eficacia pero sin descuidar la eficiencia, optimización de los recursos necesarios par la realización de las acciones.
2. **Funcionamiento del proceso:** este se debe medir a través de indicadores de seguimiento y medidas de resultados. Ambos conceptos están relacionados, pues los indicadores de seguimiento muestran cómo se consiguen los resultados y las medidas de resultados muestran qué se ha alcanzado.
3. **Satisfacción del cliente (medida subjetiva):** consiste en recoger de manera sistemática información de las percepciones de los clientes sobre los atributos o dimensiones de calidad previamente identificados más importantes para ellos,

En este proceso los indicadores utilizados suelen ser subjetivos, ya que miden percepciones. Este tipo de indicadores presentan mayor dificultad de medición que los indicadores objetivos y deben utilizarse como



complementarios o como principales indicadores de aspectos que no pueden ser medidos de otra forma<sup>31</sup>.

Teniendo en cuenta el tema central de esta investigación, se consideró relevante extraer información del capítulo 14 del texto Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas; donde menciona aspectos puntuales relacionados con la calidad del servicio.

### **Dimensiones de la calidad de servicio:**

Una organización que pretenda alcanzar altos niveles en la calidad del servicio que suministra, debe prestar una especial atención a los atributos en los que se fijan los clientes para evaluarla, es decir, a los elementos del servicio que el cliente puede percibir y cuya valoración le permitirá juzgar un servicio como de buena o mala calidad. Se trata de factores determinantes de la percepción de la calidad, los cuales se denominaran dimensiones.

Existen dimensiones técnicas y funcionales, las cuales son indisociables, siendo punto de enlace las interrelaciones comprador-vendedor, dado que pueden transformar las percepciones del consumidor. La imagen corporativa e incluso, una interrelación buena front-line pueden compensar deficiencias técnicas del producto.

La referencia mas común para determinar las dimensiones de la calidad de servicio es la aportada por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), quienes identificaron diez dimensiones de la calidad del servicio, las cuales están

---

<sup>31</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 868-871.

interrelacionadas y su importancia varía dependiendo del tipo de servicio y del cliente. Estás son:

1. Elementos tangibles, tales como la apariencia de las instalaciones físicas, el mantenimiento y la modernidad de los equipos, el aspecto de los materiales de comunicación y la apariencia física de las personas.
2. Fiabilidad, entendida como la capacidad de cumplir bien a la primera con los compromisos adquiridos.
3. Capacidad de respuesta, que determina disponibilidad para atender a los clientes con rapidez.
4. Profesionalidad, que alude a la posesión por las personas de las actitudes y aptitudes necesarias para correcta prestación del servicio.
5. Cortesía, entendida como amabilidad, atención, consideración y respeto con el que el cliente es tratado por el personal de contacto.
6. Credibilidad, indicativa de la veracidad y honestidad en la prestación del servicio.
7. Seguridad, como inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
8. Accesibilidad, representativa de la facilidad en el contacto.
9. Comunicación, como indicador de la habilidad para escuchar al cliente, mantenerlo informado y utilizar un mismo lenguaje.
10. Compresión del cliente, para denominar el esfuerzo en conocer al cliente y sus necesidades<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 899-900.

Desde otra perspectiva, la Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

El sistema Único de Acreditación más que un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, sirve como patrón de conducta para la adopción de estrategias y prácticas que conlleven de igual manera a la búsqueda de calidad en la prestación de los servicios.

De acuerdo al manual de estándares de acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, existen unos lineamientos conceptuales e instrumentales que determinan la calidad en los servicios, entre los cuales se encuentra la atención centrada en el cliente.

Para lo anterior se requiere una estandarización en los procesos de atención al cliente con el fin de señalar el camino lógico de la relación paciente –

organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave en la atención frente al paciente y su familia.

Coherente con el proceso de atención, existen subprocesos de: admisión para la atención inicial e información al paciente, registro para la atención, donde se captura la información de identificación del paciente y de la familia y se brinda información inicial de la organización frente al proceso de atención, derechos o servicios cubiertos; dando paso a la atención clínica del paciente mediante la evaluación inicial del ingreso donde se recoge la información posible acerca de las condiciones de ingreso.

En cuanto a los subprocesos de gestión de la atención también se cuenta con procesos como: manejo de las quejas para su investigación, respuesta y mejoramiento, de igual manera se debe contar con procesos definidos de evaluación muestral que verifiquen el cumplimiento de estándares de atención.

Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño que permitan realizar un seguimiento permanente de la gestión en la atención<sup>33</sup>.

Realizada investigación sobre los documentos y manuales establecidos para implementar esquemas de gestión por procesos. Se determinó, que la Guía Básica para Documentar Caracterización de Procesos y Procedimientos de

---

<sup>33</sup> Republica de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2309 de 2002. Manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá: Minsalud. 2002.

la Universidad Nacional de Colombia, es una fuente de referencia apropiada para orientar metodológicamente el ejercicio de documentar el proceso de servicio al cliente de la CRUU y sus respectivos procedimientos<sup>34</sup>.

Este documento, a la vez se realizó basado en las Guías de Diseño para Implementar Sistemas de Gestión de Calidad en el Departamento Administrativo de la Función Pública y Guía Distrital de Procesos y Procedimientos de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Caracterización de Procesos, es la identificación de los rasgos distintivos del proceso, estableciendo la relación con los demás procesos internos y externos, los insumos y salidas del proceso, los proveedores y clientes, los riesgos y controles.

El formato de levantamiento de información para caracterización de procesos consta de tres secciones, las cuales contienen una serie de elementos, que se describirán a continuación:

PRIMERA SECCION: Generalidades.

- **Objetivo del Proceso:** en esta casilla se establece con claridad y precisión el propósito del proceso. Es preguntarse ¿Cuál es la razón de ser de este proceso?, ¿A través de que acciones lo concreto?, es decir, que hace, y para que lo hace.

- **Alcance del Proceso:** en esta casilla se establece donde inicia y donde termina el proceso, además de cual es el alcance de su aplicación.

---

<sup>34</sup> Guía Básica para Documentar Caracterización de procesos y procedimientos de la Universidad Nacional de Colombia.

- **Líder del Proceso:** Identifique el cargo que tiene como responsabilidad el coordinar, gerenciar u orientar el proceso y responde a la efectividad de su resultado. El líder del proceso es el responsable de aprobar el contenido del mismo y debe ser identificado a nivel nacional y en las respectivas sedes.

#### SEGUNDA SECCION: Etapas del proceso, secuencia e interacción.

- **Proveedores:** proceso, persona o tercero que suministra el producto o servicio, que se menciona en la columna “Entradas”.
- **Entradas:** Producto, servicio, información, directriz u objeto de transformación necesaria para el inicio del proceso. Los insumos (equipos, papel) y la normatividad no se consideran entradas.
- **Subproceso o etapas:** Describe de manera secuencial las actividades que se desarrollan en el proceso. Todo subproceso o etapa comenzará con una acción (verbo).
- **Salidas:** producto, servicio, información, directriz, etc.; que es generado como resultado de la ejecución de los subprocesos o etapas del proceso.
- **Usuarios:** proceso, persona o tercero que recibe el producto o servicio, que se menciona en la columna de salidas.

#### TERCERA SECCION: Requisitos e indicadores.

- **Requisitos aplicables:** necesidad o expectativa establecida para la prestación de un servicio o la gestión de un proceso. Para el diligenciamiento del formato hay que tener en cuenta:
- **Requisitos Internos:** se lista toda la documentación que establece parámetros determinados al interior de la entidad para el desempeño del proceso.
- **Requisitos Externos:** se lista toda la documentación que establece parámetros determinados por el gobierno nacional para el desempeño del proceso.
- **Indicadores:** Un indicador es una herramienta de control que permite establecer una medida del desempeño del proceso en términos de eficacia, eficiencia o efectividad (impacto). En este punto solo se hará el inventario de los indicadores existentes, insumo con el cual posteriormente se hará un trabajo de depuración y mejora.

Un paso fundamental en el ejercicio de caracterizar un proceso, es la divulgación de la información y la validación de los resultados que se van alcanzando.

### **Documentación de Procedimientos:**

Los procedimientos recogen las actividades, las tareas y movimientos de un proceso y se despliegan según las necesidades operativas de la institución o área.

La documentación se realiza en dos secciones, la primera recoge información general del procedimiento, y la segunda describe en detalle el qué, quién y cómo del procedimiento.

PRIMERA SECCION: Información general del procedimiento.

- **Objetivo:** en esta casilla se establece con claridad y precisión el propósito del procedimiento y su relación con el proceso al que pertenece, en otras palabras es describir que se busca con la ejecución del procedimiento. Se inicia con un verbo en infinitivo, y la clave para establecerlo es la siguiente pregunta: ¿Cuál es el propósito o razón de ser de este procedimiento con relación la proceso al que pertenece.
- **Alcance:** delimita el campo de aplicación de las actividades del procedimiento. Pregunta clave: ¿Dónde inicia y donde termina el procedimiento, quienes lo ejecutan y en qué dependencias o sedes?
- **Definición:** palabras o conceptos específicos que se incluyen en el documento y que pueden presentar dificultad en su comprensión.
- **Documentos de referencia:** son documentos de soporte a la ejecución del procedimiento. Pregunta clave: ¿Cuáles son los documentos (normas, guías, instructivos. Internos y externos que se requiere tener en cuenta para ejecutar este procedimiento.
- **Condiciones generales:** recogen las políticas operativas específicas para facilitar la ejecución de un procedimiento, y se basan en otras cosas, en la gestión estratégica y en la gestión de riesgos de la entidad.

SEGUNDA SECCION: Información específica del procedimiento.



- **ID:** ítem de identificación de cada actividad, su diligenciamiento se hará en números enteros, ejemplo: 1, 2, 3, (...)
  
- **Actividades:** es el conjunto de operaciones realizadas en un procedimiento. La suma de actividades coherentes y ordenadas permite obtener productos. La actividad responde a la pregunta ¿Qué operaciones o acciones se adelantan en el procedimiento?  
Al describirse las actividades, se debe iniciar la redacción con un verbo en tiempo presente e infinitivo.
  
- **Descripción:** esta casilla hace referencia a la necesidad de precisar la información de la actividad, responde a la pregunta: ¿Cómo se ejecuta la actividad?
  
- **Responsable:** se determina quién (Dependencia o cargo) ejecuta la actividad del procedimiento y consigne la información en esta casilla.
  
- **Registros:** los registros son un tipo de documento que presenta los resultados del proceso o proporciona la evidencia de las actividades desempeñadas, en general corresponden a los formatos del procedimiento
- **Sistema de información y de apoyo:** haga el inventario de los sistemas de información desarrollados por la entidad para soportar esta actividad y regístrelo en esta casilla.

Un paso fundamental en el ejercicio de caracterizar una institución, un sistema o un proceso, es la divulgación de la información y la validación de los resultados que se van alcanzando.

### **Medición, Análisis y Mejora:**

La planificación e implementación de los procesos de mejora se deben llevar a cabo con el fin de demostrar la conformidad del servicio y de mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del proceso.

Para lo anterior se debe medir y realizar un seguimiento de las características del servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso, según las disposiciones planificadas.

### **Indicadores:**

Los indicadores son herramientas de control que permiten monitorear los objetivos trazados, para lo cual se espera que cumplan como mínimo las características reconocidas internacionalmente en un acrónimo denominado SMART (por su nombre en inglés):

**Specific:** (Específico) El indicador debe estar orientado al objetivo que se quiere medir, deben ser objetivos y no estar condicionados por factores externos.

**Measurable:** (Medible) Los indicadores deben ser precisos y estar completos, en otras palabras ser confiables y permitir su adecuada medición.

**Actionable:** (Puesto en acción) El indicador debe permitir establecer como actuar y orientar la acción.

**Relevance:** (Relevante) Presenta información sobre lo importante y para lo importante, el control y la toma de decisiones. La información del indicador es relevante para la gestión.

**Timely:** (Oportuno) Los indicadores son oportunos, para el control y la toma de decisiones<sup>35</sup>.

En resumen, el indicador debe proporcionar información suficiente y relevante para no sesgar su análisis, debe ser oportuno y permitir la toma de decisiones y el control efectivo, el indicador es objetivo y preciso, no comporta juicios de valor en su resultado, es solo información, cuyo costo de obtención no supera su utilidad.

### **Clasificación de Indicadores:**

Existen múltiples formas de clasificar los indicadores<sup>36</sup> y dependen en gran medida de la utilidad de estos o de su objetivo, sin embargo, teniendo en cuenta la característica del proceso investigado se mencionaran solo dos:

**Indicadores de Gestión:** están asociados y permiten la medición del desempeño del proceso, por lo mismo se identifican con su eficiencia, lo cual implica saber si se alcanzaron los objetivos planeados en el plazo establecido, utilizando razonablemente los recursos asignados.

En otras palabras miden el cómo se está realizando el proceso en términos de optimización de recursos. La utilidad de este tipo de indicadores:

- Muestran los resultados de cómo se están haciendo las cosas,
- Pueden ser más accesibles a todos los servidores,
- Miden el desempeño del proceso,

---

<sup>35</sup> CARRETO, Julio. Como construir Indicadores de Gestión. [www.aiteco.com/indicador.thm](http://www.aiteco.com/indicador.thm).

<sup>36</sup> Guía Básica para Indicadores del Sistema de Mejor Gestión de la Universidad Nacional de Colombia, p.8-9

**Indicadores de resultados:** Los indicadores de resultados están asociados a las metas de la gestión, la eficacia y efectividad en su logro, en otras palabras a los resultados y al impacto de los mismos.

Este tipo de indicadores permite medir el qué y para qué de un objetivo planteado, aclarando que los indicadores de efectividad no son el resultado de sumar la eficiencia más la eficacia.

Utilidad de este tipo de indicadores:

- Muestran los resultados de qué se logro,
- Miden el desempeño del proceso o del objetivo, en términos de resultados.

### **Levantamiento de Indicadores:**

El levantamiento de los indicadores de los procesos se realizó, con base en la Guía Básica para Indicadores del Sistema de Mejor Gestión de la Universidad Nacional de Colombia. Quien describe metodológicamente los pasos para realizar la ficha del indicador<sup>37</sup>.

### **Ficha del indicador:**

Es una herramienta clave en el ejercicio de establecer esquemas de medición más efectivos y útiles, es el detalle de la información pertinente de cada indicador formulado, precisando fuentes de la información. El contenido de los campos son los siguientes:

- **Proceso asociado:** Se consigna el nombre del proceso asociado.

---

<sup>37</sup> Guía Básica para Indicadores del Sistema de Mejor Gestión de la Universidad Nacional de Colombia, p.16-18

- **Fecha de Creación:** se determina la fecha de creación del indicador, en su defecto consigne la fecha en la que se empezó a crear.
  
- **Nombre del indicador:** se señala el nombre del indicador.
  
- **Categorización del indicador:** se identifica y especifica el criterio que permitió categorizar el indicador como de eficiencia, eficacia o efectividad. Tenga en cuenta que si el indicador mide:
  - Eficiencia:** Esta midiendo el proceso y las condiciones de su gestión en términos de recursos.
  - Eficacia:** Esta midiendo el resultado de la gestión.
  - Efectividad:** Esta midiendo el impacto de la gestión.
  
- **Cómo se mide el indicador:** se identifica la fórmula y las variables de la fórmula.
  
- **Fórmula:** Relación de las variables identificadas.
  
- **Datos de las Variables:** Fuente de la información de la variable, nivel de desagregación de la variable (proceso, procedimiento, actividad), frecuencia de medición de la variable, unidad de medida y responsable de la medición.
  
- **Mecanismo, frecuencia y responsable de medición:** se establece el mecanismo de recolección de información, la frecuencia de la misma y el responsable general del indicador.

- **Cómo se interpreta:** se consigna de manera general la forma en la que debe interpretarse el resultado de aplicar el indicador, es decir el resultado de cotejar el resultado del mismo con el criterio de comparación que significa para la gestión.
- **Resultados:** Campo destinado a consignar la información de las variables y al resultado de las mismas.

Existen otros dos anexos, denominados Inventario de indicadores por dependencia e inventario inicial, en los cuales se registran los indicadores por cada proceso que lidere la empresa, y se clasifican en términos de eficacia, eficiencia y efectividad. En el inventario inicial, se consolida la información en una matriz que muestra los posibles vacíos de información en términos de información.

#### **Acción Correctiva (Mejora continua):**

Se deben tomar acciones para eliminar la causa de las no conformidades, con el objetivo de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Se sugiere establecer un procedimiento documentado que defina los requisitos para:

- Revisar las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes).
- Determinar las causas de las no conformidades.
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.
- Determinar e implementar las acciones necesarias.

- Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- Revisar las acciones correctivas tomadas.

### **Acción preventiva:**

Se deben determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales y de esta manera prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

Se debe establecer un procedimiento documentado que defina los requisitos para:

- Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.
- Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.
- Determinar e implementar las acciones necesarias.
- Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- Revisar las acciones preventivas tomadas<sup>38</sup>.

Conforme a la importancia que representa para el proceso de servicio al cliente contar con mecanismos apropiados de evaluación, seguimiento y medición, entre ellos el de mejora continua. Se plantearán los siguientes esquemas:

- Procedimiento de acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora.
- Formato de acciones correctivas y preventivas.
- Formato de oportunidades de mejora.

---

<sup>38</sup> Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004.O

- Formato consolidado de acciones preventivas, acciones correctivas y oportunidades de mejora.

## **1.7 MARCO CONTEXTUAL**

La Clínica Rafael Uribe Uribe de Santiago de Cali cuenta con un Área de 10.506 mt<sup>2</sup> (206 m<sup>2</sup> x 51m<sup>2</sup>); la planta física consta de 10 pisos, cuya distribución es la siguiente: en el primer piso se ubican los servicios de urgencias pediátricas y adultos, ortopedia, atención al usuario y parte del área administrativa. En el segundo piso, se encuentra consulta externa, imágenes diagnosticas, solicitud de citas y atención de quejas y reclamos, área administrativa, laboratorio clínico oficinas de mejoramiento continuo y sistemas. En el tercer piso se halla el servicio de cirugía y oficina de mantenimiento. Desde el cuarto piso hasta el noveno se encuentra los servicios de hospitalización para los diferentes diagnósticos o patologías.

El edificio se encuentra ubicado en la Avenida 2 No. 26-02, al norte de la ciudad de Santiago de Cali, capital del departamento del Valle del Cauca; ciudad que fue fundada el 25 de Julio de 1536. Aunque es una de las ciudades mas antiguas de América, solamente hasta la década de 1930 se aceleró su desarrollo, hasta convertirse en uno de los principales centros económicos e industriales del país; y el principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del sur occidente Colombiano.

Actualmente tiene un área de 564 Km. cuadrados, una altura de 995 mt sobre el nivel del mar, temperatura media de 25° c, con una población aproximada de 2.500.000 habitantes. Es la tercera ciudad más poblada del país después de Bogotá y Medellín.



Su delimitación está conformada de la siguiente manera, por el norte limita con el municipio de Yumbo. Por el oriente con los municipios de Candelaria y Palmira. Por el Occidente con la cordillera Occidental y con los municipios de Dagua y Buenaventura. Por el sur limita con el municipio de Jamundí.

En cuanto a sus recursos hídricos, cuenta con los ríos: Cali, Jamundí, Pance, Lilí, Meléndez y Cañaveralejo. Quebradas como: Menga, Chontaduro, Quesada y Pancesito.

El área urbana está dividida en 22 comunas, las cuales se dividen a su vez en barrios y urbanizaciones, en toda la ciudad hay 249 barrios aprobados y 91 urbanizaciones. La distribución de clases sociales se cuenta en lados de manzana por estrato, y para finales del 2005 era, bajo-bajo: 20,20%, bajo: 31,92%, medio-bajo: 32,45%, medio: 6,72%, medio-alto: 7,61% y alto: 1,10%.

La zona rural se divide en 15 corregimientos, estos a su vez se dividen en veredas; en esta zona viven 48.368 personas, según poblaciones proyectadas por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal (DAPM)<sup>39</sup>.

Las clínicas más destacadas y reconocidas en la ciudad por la integralidad de sus servicios y por su nivel de complejidad son: Clínica Centro Médico Imbanaco, Clínica Fundación Valle del Lili, Clínica de Occidente, Clínica Nuestra Señora de los Remedios y el Hospital Departamental del Valle.

---

<sup>39</sup>DÍAZ M., Luís Alberto. Nuestra Cali, Cali Colombia: Editorial Atenas, 2005, P. 15, 22, 23, 28, 29,58, 59, 68,69.

## **1.8 MARCO LEGAL**

Teniendo en cuenta las características de negociación a partir de la liquidación de la E.S.E Antonio Nariño, además de que se trata de una contratación cuyo objeto es la prestación de servicios de salud; la normatividad que enmarca a la Clínica Rafael Uribe Uribe a la fecha es:

La Ley 80 de 1993, por el cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública así:

ARTÍCULO 6º. DE LA CAPACIDAD PARA CONTRATAR, Pueden celebrar contratos con las entidades estatales las personas consideradas legalmente capaces en las disposiciones vigentes. También podrán celebrar contratos con las entidades estatales, los consorcios y uniones temporales.

ARTICULO 7o. DE LOS CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES. Para los efectos de esta ley se entiende por Unión Temporal cuando dos o más personas en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.

Principales características de las Uniones Temporales:

- Agrupaciones de personas naturales o jurídicas que ejercen una actividad económica similar, conexa o complementaria, que unen esfuerzos con

ánimo de colaboración para la gestión de un interés común, como puede ser la participación en contratos, principalmente con el estado.

- No tienen personería jurídica propia.
- Pueden mantener recursos comunes para sufragar los gastos generados por la alianza.
- Son autónomas para definir si lleva o no contabilidad y en caso de llevarla organizarla de acuerdo con la estructura del Plan Único de Cuentas.
- Como deben cumplir algunas obligaciones tributarias requieren tramitar su registro único tributario y en consecuencia obtener el NIT.
- Dado que no son una sociedad comercial, en sentido jurídico, la designación del Revisor Fiscal es potestativa; su nombramiento se debe incluir en el contrato al igual que las funciones que debe cumplir.

**Consideraciones contables:** No existe actualmente disposición que obligue a las uniones temporales a llevar libros de contabilidad.

El Consejo Técnico de la Contaduría Pública considera conveniente que las uniones temporales lleven contabilidad en forma independiente de sus miembros, donde se discriminen los movimientos de cada miembro de la unión temporal, lo cual les permite a los administradores y a los miembros de la unión temporal conocer los resultados de la gestión, los resultados del contrato, la participación de los miembros en los ingresos costos y gastos y en los derechos.

**Tabla 2: Consideraciones Tributarias**

<b>Impuesto o Responsabilidad</b>	<b>Responsable</b>		<b>Ley, Decreto o Concepto</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
Impuesto de renta y complementarios		X	El Art. 18 del E.T. modificado Ley 223 de 1995 Art. 61.
Retención en la fuente	X		Art. 368 del E.T. modificado Ley 488 Art. 115
IVA	X		Art. 437 del E.T. adicionado con el Artículo 66 Ley 488 de 1998
Retención IVA	X		Concepto DIAN No.2980 de febrero de 2002
Expedición Factura	X		Art. 615 del E.T. Y Decreto 3050 de 1997 Artículo 11
ICA		X	Art. 28 Decreto Distrital 400 de 1999; Concepto 794 agosto de 1999 de la Dirección de Impuestos Distritales Secretaria de Hacienda (para Bogotá)
Retención ICA	X		Acuerdo 065 de Bogotá D.C. de 2002, Resolución 012 del 28 de junio de 2002
Impuesto de timbre		X	Art. 518 del E.T. Concepto DIAN No.13851 del 17 de febrero 2000
Medio Magnéticos	X		Resolución DIAN 9270 del 23 de octubre de 2001

**Ley 100 de 1993**, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro

**Decreto No. 02174 de Noviembre 28 de 1996**, por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La Calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

**Decreto 3039 de 2007**, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

**Decreto 806 de 1998**, Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

El presente decreto tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados.

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente decreto, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

**Resolución No. 3221 de 2007 del Ministerio de Protección Social**, Por la cual se dictan disposiciones sobre actualización en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Las bases de datos de aportantes y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ser actualizadas mensualmente por el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA a través del Administrador Fiduciario, con fundamento en la información proveniente de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, y demás Entidades obligadas a Compensar, EOC, de las Direcciones Territoriales de Salud, de las Entidades Promotoras del Régimen Subsidiado, de los regímenes de excepción.

Que dichas Entidades están en la obligación de informar al FOSYGA todas las variaciones que se presenten respecto de sus afiliados que generen efectos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que la veracidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados es responsabilidad de dichas entidades.

Que la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, se constituye en una de las principales herramientas para el ejercicio de las funciones de dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud así como para el flujo de los recursos, su control y protección, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

## **1.9 ASPECTOS METODOLOGICOS**

Uno de los principales requerimientos para realizar con éxito una investigación consiste en seleccionar correctamente los métodos y



componentes diseñados para esta labor. El problema y los interrogantes a resolver, junto con los objetivos planteados en un trabajo de investigación, deben tener una estrecha relación con este proceso de selección; ya que de ello depende el adecuado desarrollo del mismo.

### **1.9.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION**

De acuerdo a las características de los enfoques de la investigación en este trabajo se empleará el enfoque cuantitativo, el cual es un proceso secuencial y probatorio. Consiste en llevar a cabo una serie de pasos donde cada etapa precede a la siguiente, el orden es riguroso, aunque se puede redefinir alguna fase. Es un proceso empírico porque recolecta datos de una realidad objetiva además ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente. Se aplica la lógica deductiva, que va de la teoría generada por investigaciones antecedentes (marco teórico) a la recolección de los datos en casos particulares de una muestra.

Este proceso se caracteriza por utilizar datos producto de mediciones, los cuales se representan numéricamente y se analizan a través de métodos estadísticos. Se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles distintas a la propuesta del estudio, sean desechadas y se excluya la incertidumbre y se minimice el error.

La investigación cuantitativa es lo mas objetiva posible, los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados por el investigador, este debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos.

Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos, esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías.

La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo. Esto conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación. (Hernández, R 2006).

### **1.9.2 TIPO DE INVESTIGACION**

El proceso de investigación cuantitativa considera cuatro tipos o alcances de investigación; el exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. Del alcance del estudio depende la estrategia de investigación, por lo que el diseño, los procedimientos y otros componentes del proceso serán distintos.

Conforme a los criterios de cada uno de los alcances y a las características de esta investigación, se utilizará el tipo descriptivo. El cual busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989).

En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. Se debe definir o visualizar, qué se medirá y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos. Ofrece la posibilidad de hacer predicciones aunque sean incipientes.

De acuerdo con las particularidades de la investigación descriptiva y con su aproximación al problema e interrogantes del presente trabajo, esta se tomará como base para el desarrollo y alcance del mismo. Se pretende recolectar, ordenar y analizar información permitiendo de esta manera identificar los factores precisos que contribuyan a lograr una acertada estructuración del proceso de servicio al cliente en la CRUU.

### **1.9.3 TECNICAS DE INVESTIGACION**

Visualizar de manera práctica y concreta las variables de la investigación; es lo que se pretende mediante la selección y desarrollo del diseño de la investigación. Este plan o estrategia concebidos metódicamente permite aportar evidencia real respecto de los lineamientos de la investigación, con lo cual el producto final del estudio tendrá mayores posibilidades de éxito.

Para el proceso de recolección de información, es necesario hacer uso de los dos tipos de fuentes de información: fuentes primarias y fuentes secundarias.

Como fuentes primarias, se contará con información proporcionada directamente por personal de la Clínica, a la vez se utilizará la observación directa sobre los procedimientos, actores y herramientas que intervienen en los procesos a analizar. Lo anterior permitirá conocer la realidad y definir la información y datos relevantes para el alcance de los objetivos planteados.

Como instrumento de recolección también se hará uso de dos tipos de cuestionarios; uno dirigido al personal vinculado al proceso de servicio al cliente, con el fin de establecer sus labores y funciones, además de identificar su comprensión sobre el proceso.

Y otro dirigido a los clientes internos y externos para determinar su nivel de satisfacción y expectativas sobre el servicio prestado. El objetivo final es confrontar la información obtenida mediante los dos cuestionarios y con base en ella realizar la caracterización del proceso.

Como fuentes secundarias, se contará con bibliografía referente a procesos, servicios y calidad, artículos de periódicos, bases de datos en línea, Decretos e información de Internet.

La realización de esta investigación se realizará mediante las siguientes actividades:

1. Investigación y análisis de los antecedentes del problema.
2. Revisión bibliográfica (Biblioteca de la Universidad del Valle sede Palmira y sede Meléndez, tesis dirigidas a la atención al cliente).
3. Visitas a las instalaciones de la Clínica.
4. Entrevistas a funcionarios de la Clínica.
5. Encuesta realizada a los clientes (internos y externos) del proceso de servicio al cliente.
6. Recolección, tabulación y análisis de la información de las encuestas.
7. Conclusiones y recomendaciones (Matriz y caracterización de procesos de atención al cliente).

#### **1.9.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACION**

El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa (Berelson, 1971). Es una técnica de utilidad para analizar los procesos de comunicación en diversos contextos.

La información obtenida mediante los cuestionarios aplicados a empleados y clientes, se clasificará teniendo en cuenta las unidades de análisis las cuales se agruparán de acuerdo a las categorías planteadas. Lo anterior permitirá realizar una correcta tabulación de la información, logrando así captar con claridad lo que expresan los actores del ejercicio.

Una vez extraída la información se procederá a analizarla y confrontarla con el fin de identificar la situación actual en el proceso y establecer los aspectos que requieren mejora.

## **2. DESCRIPCION PROCESO ACTUAL DE SERVICIO AL CLIENTE**

Dentro de los tipos de procesos, el proceso de servicio al cliente de la IPS CAPRECOM Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco Valle - UNILIBRE es un proceso de apoyo o de soporte, ya que “proporciona los medios y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo”<sup>40</sup>.

Mediante entrevistas realizadas al personal vinculado con el proceso de Servicio al Cliente, se logró llevar a cabo la recolección de información de cada subproceso que compone al proceso de atención al cliente. Igualmente, se realizó observación (Trabajo de campo) a la forma en que operan las personas en sus respectivos puestos de trabajo, con el fin de identificar las características y factores que intervienen en el proceso.

El proceso de Servicio al Cliente, está compuesto por los siguientes subprocesos: Validación de Derechos y Autorizaciones, Asignación de Citas, Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias y Evaluación de la Satisfacción del Cliente. Además de recepción, el cual no es considerado como un subproceso, debido a que no consta de actividades coordinadas y organizadas sucesivamente.

Los anteriores subprocesos están a cargo de 25 personas. Recepción cuenta con dos personas, a Validación de Derechos y Autorizaciones le pertenecen 14 funcionarios, en el subproceso de Asignación de Citas se hallan 4 colaboradores, la parte de Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias es

---

<sup>40</sup> CAMISON, C. CRUZ, S y GONZALEZ, T, Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. España: Ed. Pearson Educación, 2006, p. 899-900.

desempeñado por una funcionaria, y por último, la Evaluación de la satisfacción del Cliente es llevada a cabo por 4 personas.

Es importante tener en cuenta, que el subproceso de validación de derechos y autorizaciones debe contar con personal las 24 horas del día, ya que ésta actividad tiene una relación directa con las entidades responsables del pago de los servicios de salud, llámese contributivo o subsidiado, quiere decir, este subproceso es el encargado de autorizar las correspondientes hospitalizaciones, cirugías y demás procedimientos que los pacientes o usuarios necesitan, los cuales han sido solicitados por los respectivos médicos de las diferentes entidades de prestación de servicios de salud.

Entre las entidades de prestación de servicio de salud se encuentran, las de régimen contributivo (E.P.S). A la fecha está adscrita a la clínica la Nueva EPS con una contribución del 80% en clientes. Cabe destacar que ésta EPS cuenta con una aplicación informática, la cual permite el acceso a la información que favorece a la eficacia en el servicio al cliente. La otra entidad es Comfenalco Valle con una participación del 20% de clientes que acceden a la prestación del servicio de salud en la CRUU. Con ésta última entidad la relación operacional es llevada a cabo mediante vía fax o línea telefónica

De este mismo modo, existen aseguradoras de régimen subsidiado que tienen convenio con la clínica, entre las cuales encontramos: EMSSANAR, CAPRECOM y COOPSALUD, con quienes se ha detectado complejidad en la relación operacional, pues los trámites se tornan prolongados y dispendiosos, ello afecta el servicio al cliente.

Para una mejor comprensión del proceso se realizará inicialmente una descripción textual de los procedimientos y actividades que intervienen en él, posteriormente se graficará con el fin de abreviar e identificar su delimitación.

## **2.1 VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES:**

Existen dos puntos de atención para autorizaciones. Uno de los puntos de atención es denominado por sus funcionarios como Autorizaciones Urgencias, y el otro es llamado Autorizaciones de Hospitalización. Autorizaciones Urgencias es atendido por 7 colaboradores, los turnos son de 6 y 12 horas de domingo a domingo. En este punto se gestionan algunos de los servicios ofrecidos por la clínica como por ejemplo: validación de derechos, solicitudes de autorizaciones para hospitalización, procedimientos, cirugías, ambulancias y adición de estancias, igualmente, se gestiona traslado de pacientes a otras instituciones de salud.

El otro punto es conocido como Autorizaciones de Hospitalización, al cual pertenecen 7 colaboradores, quienes deben cumplir turnos de 10 horas, en el horario de 07:00 a 12:00 y de las 13:00 a las 18:00 horas, de lunes a viernes. En esta dependencia se gestionan también para todos los servicios de la clínica los requerimientos de autorizaciones para exámenes, procedimientos y ambulancias.

Estos dos puntos de atención son para pacientes afiliados al régimen contributivo. Para los pacientes que pertenecen al régimen subsidiado, el procedimiento está a cargo de una persona, quien se desplaza por todos los servicios atendiendo las diferentes solicitudes.

A continuación se describirán en forma más detallada cada una de las autorizaciones anteriormente mencionadas.



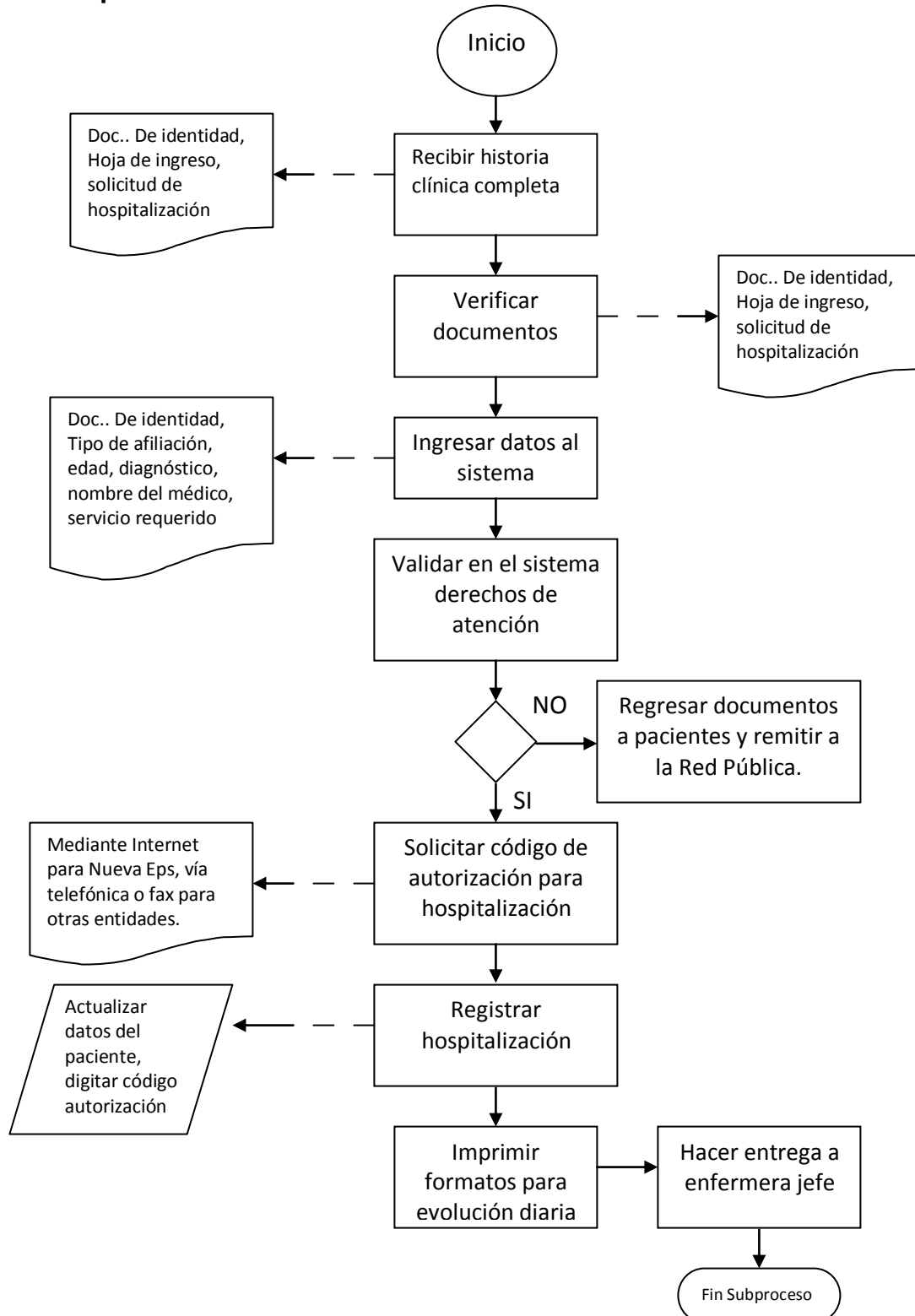
### **Para hospitalización:**

- El funcionario encargado recibe de la secretaria o enfermera de urgencias (adulto o pediátrico) la historia clínica completa la cual contiene: hoja de ingreso emitida por admisiones una vez que el paciente ha ingresado, dicho documento es diligenciado por el médico que ha atendido al paciente, donde se deja plasmada la información de atención inicial. Otro de los documentos que el funcionario espera por parte de la secretaria o enfermera, es la solicitud de hospitalización, el cual ha sido pre impreso en papelería de la clínica. Este último es también diligenciado por el médico. Del mismo modo, se solicitan fotocopia de los documentos de identidad del paciente (cédula de ciudadanía y carné de la E.P.S.).
- Una vez recibida la historia se verifican los documentos y la información registrada por el médico, en la cual se ha especificado el diagnóstico con el respectivo código CIE; además del número de cama asignada por el servicio de hospitalización.
- Se valida en el sistema los derechos de atención, estos se encuentran asociados a los pagos oportunos y a las semanas cotizadas; si el paciente es validado positivamente, se realiza mediante Internet (para la Nueva EPS) o vía telefónica (para Comfenalco EPS), la solicitud del código de autorización para hospitalización.
- Para el diligenciamiento de esta solicitud se digita (cuando es por Internet) o suministra (cuando es por vía telefónica o fax): número del documento de identidad del paciente, el tipo de afiliación, la edad, el nombre del médico tratante, el diagnóstico con el respectivo código y se especifica para qué

servicio se requiere el código de autorización (hospitalización, cirugía, procedimiento, examen o adición de estancia).

- El tiempo estimado para esta operación es de aproximadamente cinco (5) minutos, para las autorizaciones con la Nueva EPS y de 10 a 15 minutos con Comfenalco.
- Una vez obtenido el código de autorización, se ingresa a la aplicación informática de la Clínica (Salud IPS), en la cual se registra la hospitalización, mediante la actualización de los datos del paciente, ingresando el código de hospitalización, el diagnóstico con su respectivo código y registrando el número de cama asignada al paciente.
- Realizada la anterior operación, se imprimen la nota de cargo y la hoja de estadística. Son dos formatos que emite el sistema cuando el paciente ha sido hospitalizado y en los cuales, para efectos financieros, los médicos tratantes y especialistas registran diariamente su evolución y consulta.
- Las hojas impresas deben ser recogidas en el punto de admisiones ya que el de autorizaciones no cuenta con equipo de impresión. En la parte posterior de la hoja de admisión se pone un sello grande donde se especifica la fecha y hora, el número de código de autorización, el servicio que fue autorizado y la firma de quien gestionó la autorización.
- Posteriormente, la secretaria o enfermera recibe la historia con los dos formatos adjuntos que confirman la hospitalización del paciente.

**Figura 7. Diagrama de flujo validación de derechos y autorizaciones: Hospitalización.**



### **Para cirugía y procedimientos:**

- El trámite es similar, solo varía en la documentación que recibe el funcionario para la gestión de la autorización.
- Esta documentación consta de una hoja de referencia emitida por el especialista que solicita la cirugía. En este documento se registra: fecha de solicitud, datos del paciente, diagnóstico con código CIE, nombre de la cirugía o procedimiento con el respectivo código, firma y sello del médico solicitante; además de datos clínicos específicos.
- Igualmente, se anexa un turno para cirugía diligenciado y firmado por el médico solicitante, con las correspondientes fotocopias del documento de identidad y carné del paciente.
- Una vez verificado que los anteriores formatos estén diligenciados correctamente, se procede a la solicitud del código de autorización ya sea por Internet, vía telefónica o fax, según sea el caso.
- Una vez obtenido este código, se procede a escribirlo en el espacio destinado para él dentro del sello de autorizaciones. El sello es colocado sobre la parte inferior derecha del formato de referencia. Luego, se envían los documentos anteriormente descritos a la jefa del servicio para que continúe con el proceso.
- Si el procedimiento o cirugía se realiza fuera de la clínica, es decir, en otra institución; además de los requisitos anteriormente descritos, se diligencia el formato de solicitud de ambulancia.

- Una vez pedido el código de autorización, se procede a la solicitud de la cita para el procedimiento, de acuerdo al lugar establecido por la EPS. Después de conseguir la cita, se gestiona la ambulancia, si se requiere medicalizada se llama a EMI y se coordina con ellos la fecha y hora para realizar traslado de paciente; si se requiere ambulancia sencilla se realiza con la Cruz Roja, quienes tienen punto de operación en la clínica.
- La ambulancia de la Cruz Roja se programa mediante un libro grande (contable) donde el funcionario de autorizaciones escribe el nombre del paciente, en que servicio está hospitalizado, para dónde va, a qué procedimiento o examen, la fecha y hora de la cita.
- Una vez coordinada la ambulancia, se diligencia un formato con los datos del paciente, el nombre del procedimiento y diagnóstico, mediante el cual se le informa a la jefa del servicio el día y hora de la cita, en que institución se realizará el procedimiento, la ambulancia y hora del traslado. Este formato es enviado junto con los otros documentos a la jefa para que continúe con el proceso de la cirugía o procedimiento.

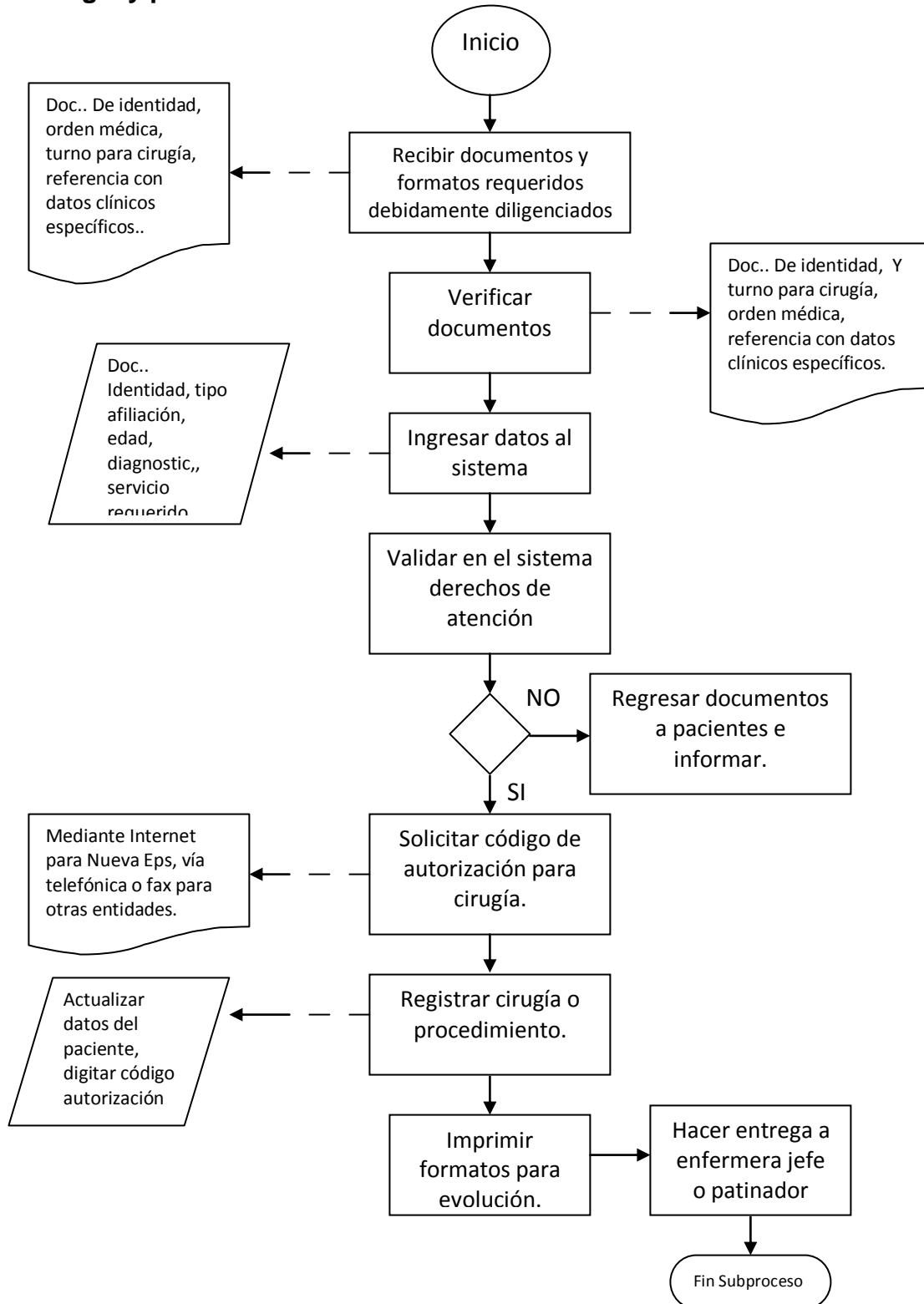
#### **Cirugía programada o procedimientos ambulatorios:**

- Como requisito para la hospitalización, el paciente debe presentar la autorización de la EPS para la cirugía, la orden médica y fotocopia de los documentos de identificación.
- Estos pacientes ingresan a la clínica consultando qué deben hacer. De acuerdo a la información que le suministren, pueden llegar directamente al

servicio donde posiblemente son hospitalizados o los direccionan a otro lugar.

- Cuando llegan al servicio que les corresponde, la secretaria u otro funcionario, le solicita los documentos requeridos y se dirige a la oficina de autorizaciones para gestionar la hospitalización.
- El procedimiento en autorizaciones es similar al de hospitalización anteriormente descrito.

**Figura 8. Diagrama de flujo validación de derechos y autorizaciones: Cirugía y procedimientos.**

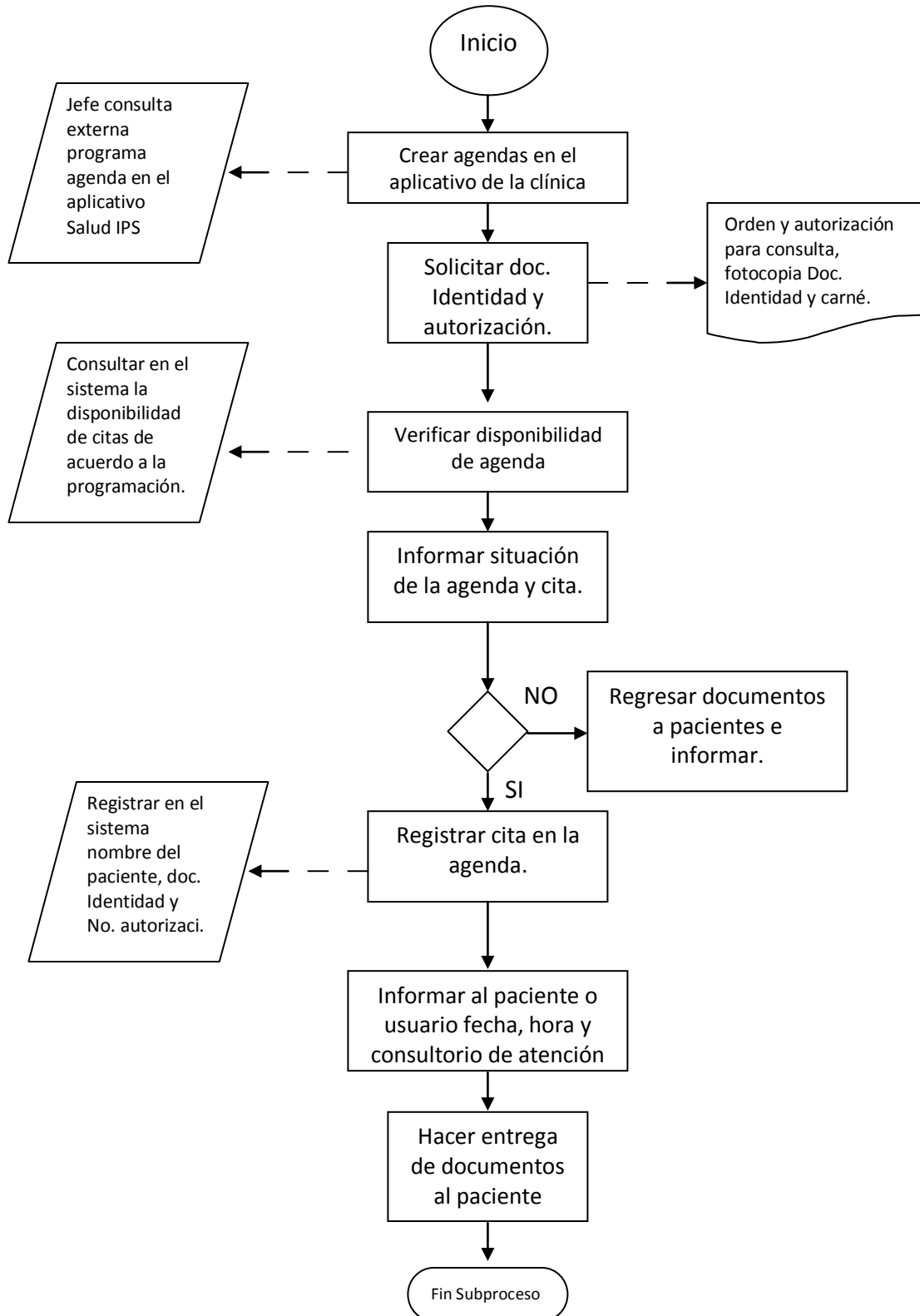


## **2.2 ASIGNACION DE CITAS:**

- Inicialmente, la jefa de consulta externa realiza una creación de agendas en el aplicativo de la Clínica (salud IPS) con base en las agendas que suministran los médicos o especialistas de consulta externa.
- Cuando el paciente llega a la casilla de solicitud de citas, se le pide la orden para la consulta con el médico o especialista, la autorización de la EPS para la consulta y las fotocopias del documento de identidad y carné.
- Se verifica en el sistema las agendas, se informa al paciente la fecha y hora disponible para la consulta, si está de acuerdo, se inscribe en la agenda del sistema el nombre del paciente, el documento de identidad y el código de autorización previamente asignado. Cuando no hay disponibilidad en agendas, se le solicita al paciente que llame o vuelva determinado día, para confirmar si la jefa autorizó apertura de nueva agenda.
- Una vez registrados los datos requeridos para la asignación de la cita, se diligencia un formato donde se le informa al paciente el tipo de consulta, el nombre del médico que lo atenderá, la fecha, hora y número del consultorio de atención.
- La asignación de citas también se realiza mediante el Call Center, para el cual se tienen destinadas dos líneas telefónicas, una directa y otra al conmutador. El proceso de asignación mediante este medio es similar al presencial, pues la validación de los derechos del paciente o usuario se hace paralelo a la comunicación telefónica, y a través de este medio se informa los datos pertinentes de la cita.



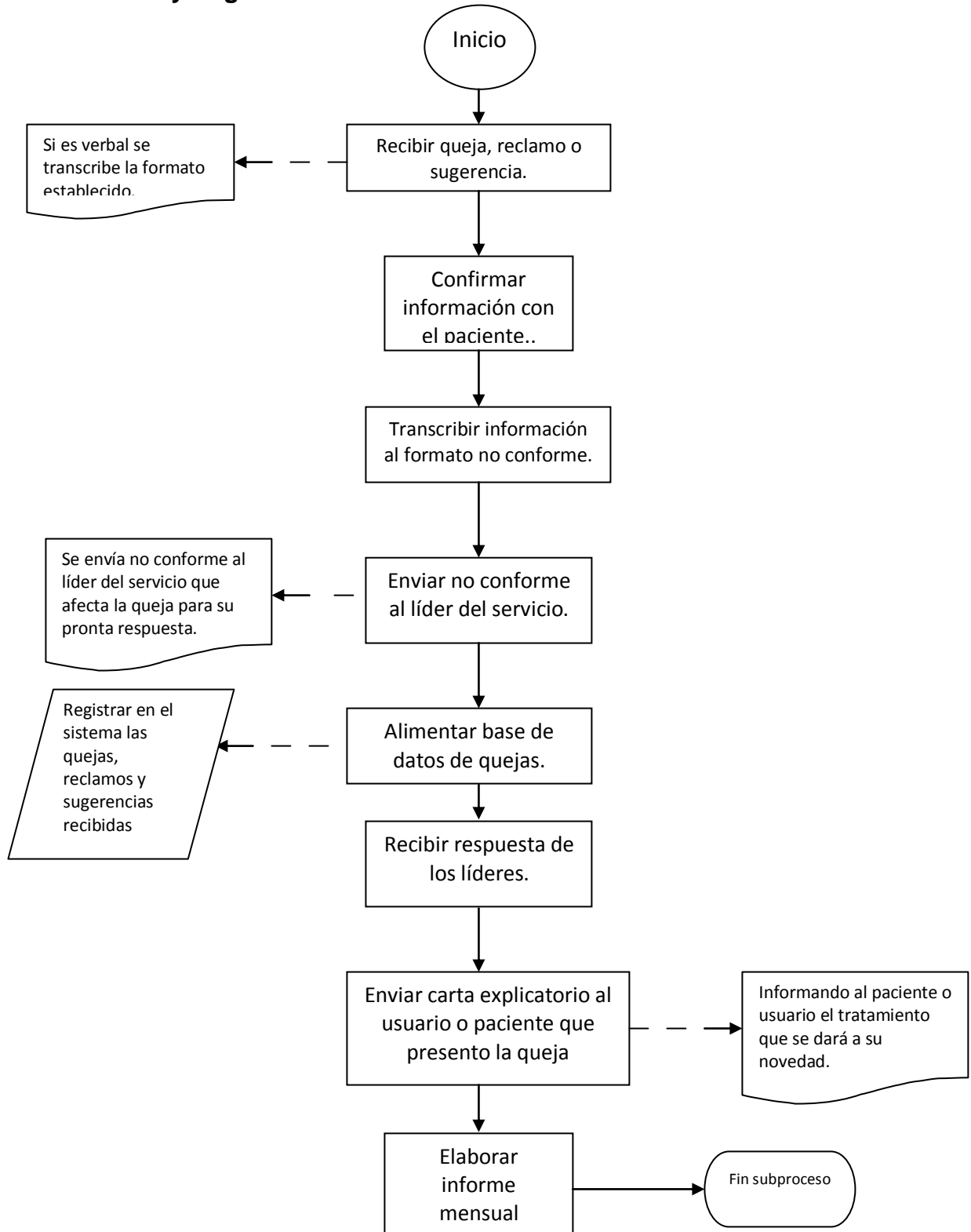
**Figura 9. Diagrama de flujo asignación de citas.**



## **2.3 GESTION DE PETICIONES, QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS (PQRS):**

- Se recibe la queja o reclamo ya sea verbal o escrita en el formato establecido. Si la queja se recibe escrita, se llama al paciente o usuario para la confirmación de la información registrada en la queja, la cual es transcrita al formato denominado No Conforme.
- El formato con la No Conformidad ya transcrito es enviado al líder o jefe del servicio afectado por la queja; a quien se le informa que tiene tres días hábiles para dar respuesta sobre el hecho. Dicha respuesta debe ser remitida a la persona encargada del subproceso de Quejas, Reclamos y Sugerencias.
- Recibida la respuesta, se realiza carta explicativa al paciente o usuario informándole sobre la investigación de la situación, ofreciendo disculpas por el hecho y a la vez mencionando sobre las posibles opciones de mejora y resarcimiento si son del caso.
- La información registrada en el formato es digitada en una base de datos de acuerdo a clasificación diseñada para que facilite su posterior tabulación y análisis. Con base en las quejas del mes, se elabora un informe general que consta de las siguientes clasificaciones: quejas, sugerencias, comentarios positivos y comentarios negativos, atención, trato, tiempo de espera, orientación, quejas relacionadas con la EPS y autorizaciones, quejas con y sin respuestas especificadas por servicios, cantidad de respuestas dentro del periodo establecido. Otra clasificación está dada por las aseguradoras a las cuales pertenecen los pacientes o usuarios que se quejan.
- Las quejas o sugerencias del cliente interno las realizan directamente en el formato No conforme y el proceso es similar al anteriormente descrito.

**Figura 10. Diagrama de flujo de Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.**



## **2.4 EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE:**

- Para el servicio de hospitalización, Hay una funcionaria responsable de entregar diariamente las encuestas de evaluación de satisfacción del cliente a las secretarias de cada servicio.
- La cantidad entregada depende del número de pacientes que egresan por día, a los cuales se les solicita responder las encuestas.
- Finalizando la tarde o a primera hora de la mañana, la funcionaria va recogiendo en el puesto de la secretaria de cada servicio las encuestas diligenciadas, para luego clasificarlas por fechas y servicios.
- Posteriormente las tabula y las ingresa al sistema en un formato diseñado en Excel. Una vez actualizada la información mensualmente en la hoja de cálculo, se hace entrega de este archivo en medio magnético a estadística para que realice graficas comparativas mensuales de cada uno de los servicios.
- Esta información es entregada los primeros días de cada mes al jefe de hospitalización, para que sea comentada en la reunión mensual con los directivos de la empresa.
- Cuando las secretarias no solicitan a los pacientes contestar las encuestas, la persona responsable de entregar y recibir las encuestas, realiza personalmente ésta labor.

- Para los servicios de urgencias y consulta externa hay dos personas encargadas de realizar estas encuestas a 10 pacientes por día. Después las entregan diligenciadas a estadística para su tabulación, registro y posterior informe al jefe correspondiente del servicio.

## **2.5 RECEPCION:**

De acuerdo a sus características y funciones, la recepción no es considerada como un subproceso, es un cargo que pertenece al proceso de servicio al cliente de la CRUU., el cual da apoyo a los servicios de la clínica, en cuanto al direccionamiento de la comunicación telefónica, proporcionar información puntual y precisa, además de facilitar la orientación de los pacientes.

### **3. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE FRENTE AL PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE.**

El objetivo principal de este capítulo es identificar el nivel de satisfacción y expectativas de los clientes al hacer uso de los servicios que se ofrecen mediante el proceso de servicio al Cliente en la Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco Valle - UNILIBRE. Igualmente, determinar las principales debilidades del servicio a partir de la percepción y opinión expuesta por los clientes a través de las encuestas aplicadas y del registro de quejas y reclamos gestionado por la Clínica.

Lo anterior permitirá desarrollar de acuerdo a los requisitos del cliente, los objetivos subsiguientes tales como la estructuración del proceso mejorado y el diseño de indicadores y formatos para el seguimiento, evaluación y mejora del proceso. Así como las acciones de mejora identificadas en la descripción actual del proceso.

Para este estudio se realizaron dos tipos de encuestas. Una dirigida al cliente externo, quien es el usuario de los servicios de asignación de citas y recepción. Otra encuesta dirigida al cliente interno, quien es el usuario de los servicios de autorizaciones, validación de derechos, y aplicación de las evaluaciones del servicio. Además, se analizó el registro de Quejas y Reclamos que elabora la CRUU, formato éste, que sirve al departamento de Estadísticas para realizar estudios concernientes a la valoración de la satisfacción del cliente externo.

El desarrollo de las encuestas al cliente externo se llevó a cabo conforme a la siguiente ficha técnica:

- Ámbito de la encuesta: Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco UNILIBRE.
- Tamaño del universo: 18.000 pacientes atendidos en promedio mensual<sup>41</sup>
- Tamaño de la muestra: 79 encuestas.
- Acceso a la muestra: Aleatorio.
- Trabajo de campo: Tres semanas.
- Intervalo de confianza: 90%
- Probabilidad de éxito = 50 % y probabilidad de fracaso = 50%
- Error muestral: 9,3%

El tamaño de la muestra se obtuvo de acuerdo a la formula planteada estadísticamente para población finita (< a 30.000), denominada variables discretas.

Formula: 
$$n = \frac{(Z \times Z) \times N \times p \times q}{(e \times e) \times (N-1) + (Z \times Z) \times p \times q}$$

La encuesta fue de tipo cuantitativa, mediante la cual se busca conseguir mediciones contables sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas del cliente, igualmente se pretende buscar capacidad para estandarizar datos que permitan un eficaz tratamiento informático y análisis estadístico. Se emplearon preguntas para facilitar la tabulación y el análisis. Consta de 21 preguntas, fue diseñada y ensayada antes de salir a trabajo de campo, con el fin de determinar el estado de comprensión de las preguntas por parte de los encuestados. De la misma manera, se logró estimar un promedio de 5 minutos en su diligenciamiento.

---

<sup>41</sup> Departamento de estadística, IPS CAPRECOM Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco Valle – UNILIBRE.

Esta encuesta se dividió en bloques de acuerdo a los subprocesos que corresponden al servicio del cliente externo (asignación de citas y recepción), así como aspectos generales de la clínica (impresión general de la clínica e instalaciones). Además, 17 preguntas fueron diseñadas para calificar cada uno de los aspectos a evaluar en una escala de 1 al 10, donde 1 es inaceptable y 10 es excelente, mediante la cual se busca una mayor representación y equidad dentro de los parámetros a analizar.

Con el objetivo de simplificar el proceso de análisis y representación gráfica de las encuestas, se realizó la siguiente ponderación de las calificaciones asignadas de acuerdo a la siguiente tabla:

**Tabla 3. Ponderación de calificación encuesta cliente externo**

<b>Ponderación</b>	Malo	Regular	Bueno	Excelente
<b>Calificación</b>	1,2,3	4,5,6	7,8	9,10

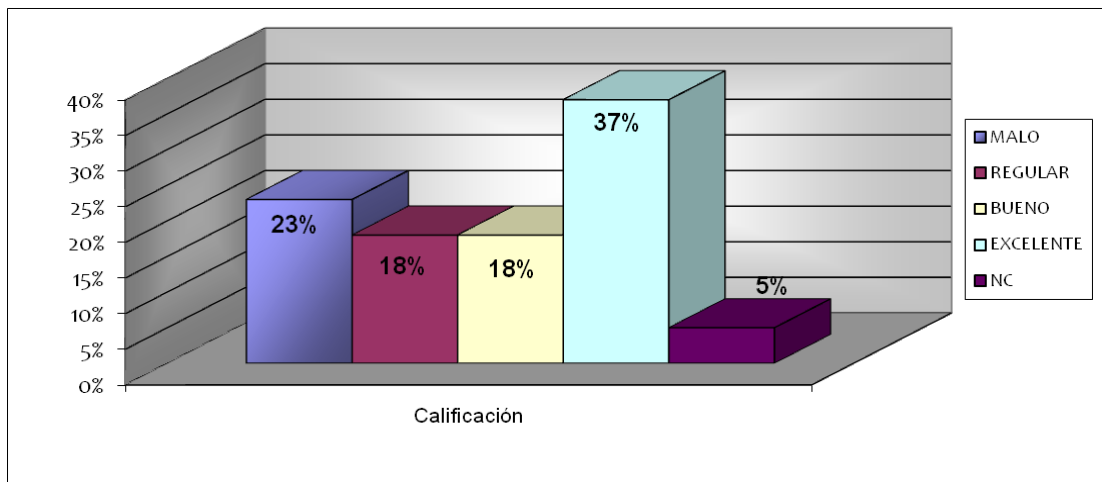
La encuesta se realizó en un periodo de tres semanas, en días hábiles de lunes a viernes en horarios de 08:00 a 11:00 y 14:00 a 16:00, puesto que el cargo de Recepción y el subproceso de Asignación de Citas labora en el horario de 07:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00 horas. (Ver Anexo 2. Encuesta dirigida el cliente externo).

### **3.1 SITUACIONES DETECTADAS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA AL CLIENTE EXTERNO.**

Las preguntas fueron orientadas hacia actividades y características específicas de los servicios de recepción, solicitud de citas vía telefónica, solicitud presencial de citas e infraestructura de la clínica.



**Figura 11. Atención telefónica (Amabilidad, interés y cortesía)**

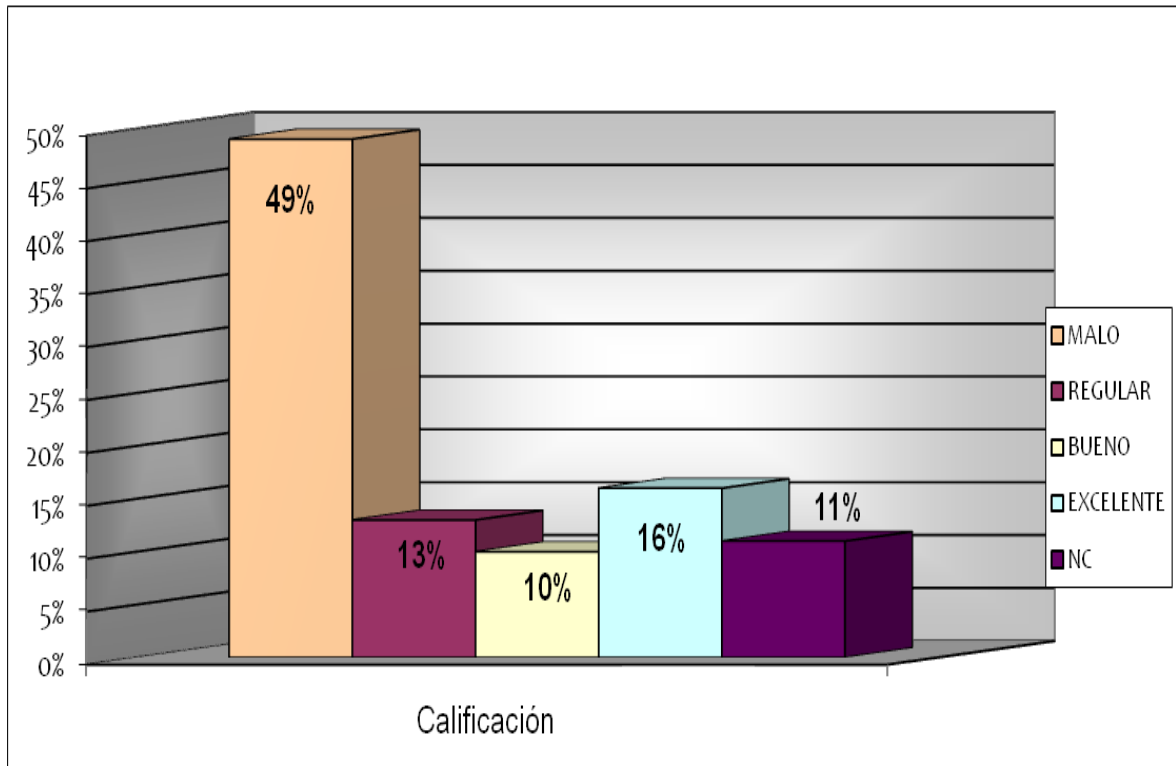


Fuente: Encuesta dirigida al cliente externo (Anexo 2)

Procesamiento: Anexo 3

Para evaluar el cargo de Recepción, se hicieron una serie de preguntas, una de ellas tenía que ver con la atención telefónica en cuanto a amabilidad, interés y cortesía. El análisis arrojó resultados positivos (37%), sin embargo, es importante tener en cuenta a aquellas personas que calificaron esta variable de forma negativa (23%), lo cual indica que existen inconformidades en la atención telefónica que deben ser tema de estudio y posterior mejora. Las otras preguntas obtuvieron calificaciones aprobatorias en variables como atención personalizada y precisión de la información suministrada por la encargada de la Recepción, lo anterior demuestra que la asistencia personalizada por parte de la funcionaria encargada de atender el cargo de la Recepción es aceptable. (Ver Figura 11).

**Figura 12. Facilidad de contacto telefónico para solicitud de citas.**

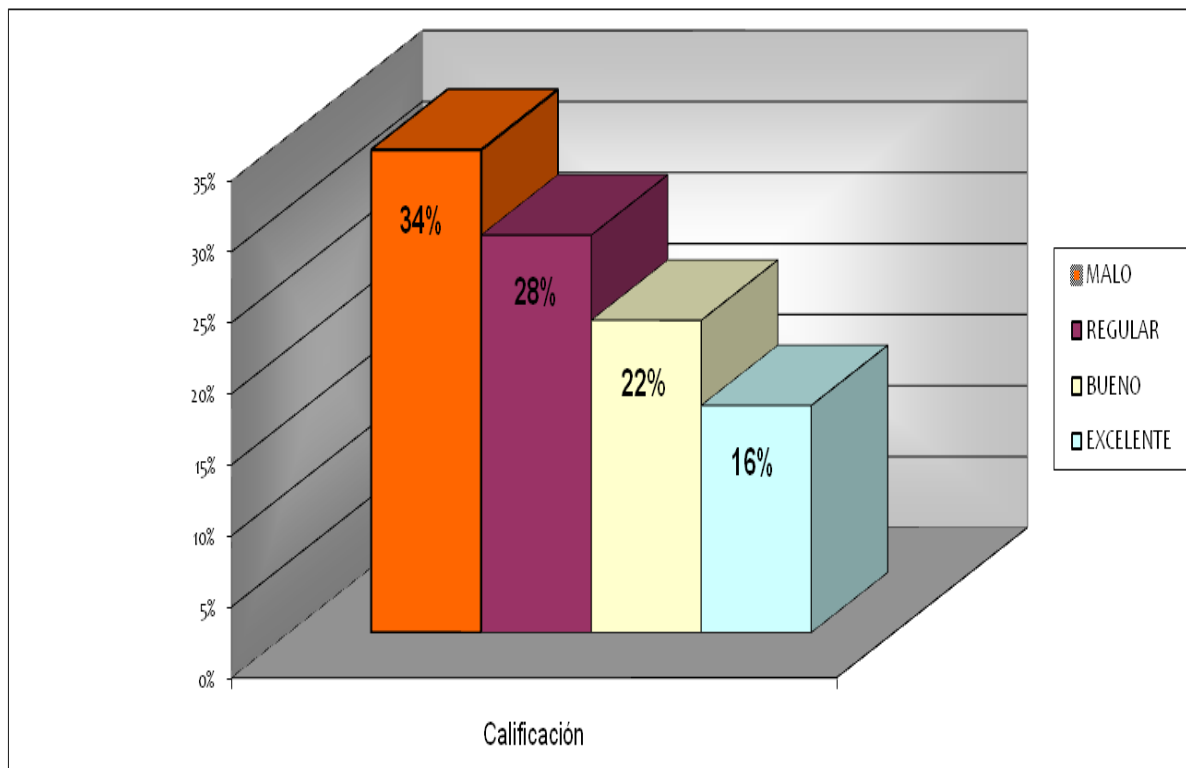


Fuente: Encuesta dirigida al cliente externo (Anexo 2)

Procesamiento: anexo 3

Siguiendo con el tema de la atención telefónica, se hizo una pregunta con el objetivo de medir la facilidad del contacto telefónico para la solicitud de citas. El resultado sorprendió, pues se encontró que el 49% de los clientes externos encuestados no utilizan este medio de manera eficaz para la obtención de una cita, teniendo en cuenta que son herramientas que la organización ha implementado para ahorrarle tiempo y molestias al cliente externo al momento de solicitar citas. (Ver Figura 12).

**Figura 13. Tiempo de espera en la solicitud de la cita (fila).**

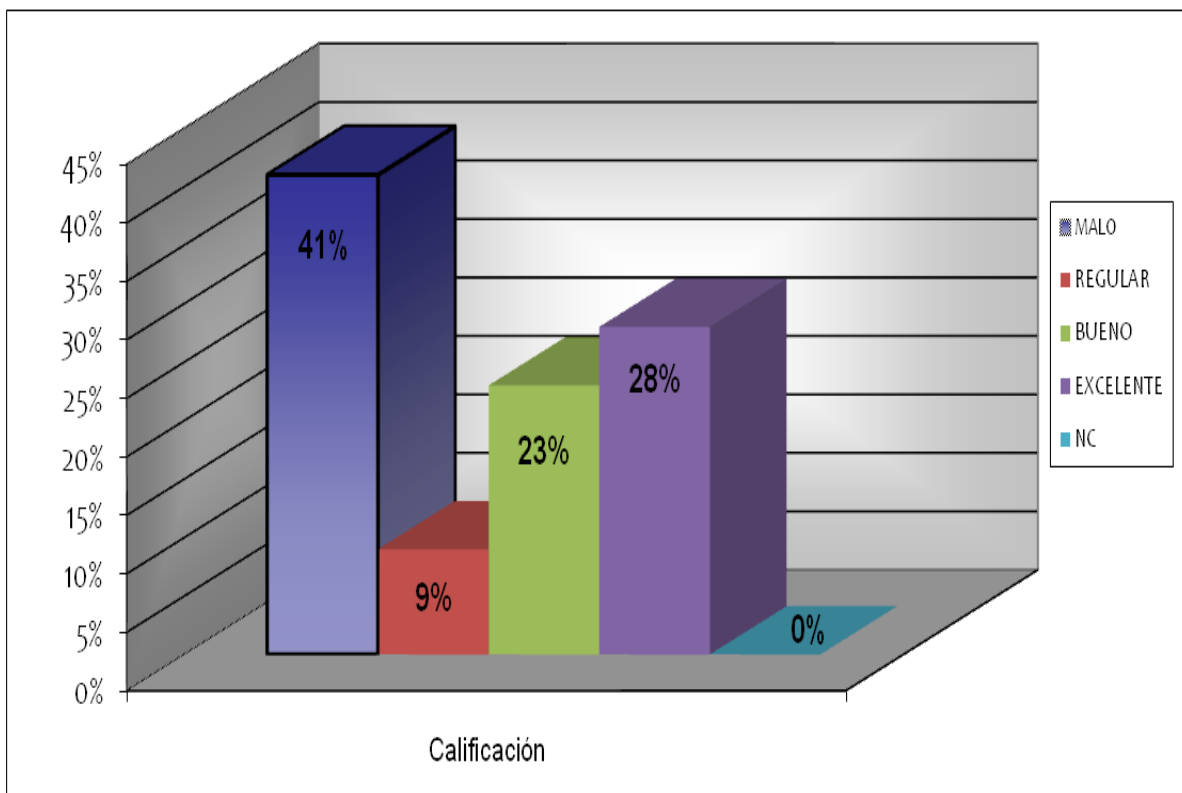


Fuente: Encuesta dirigida al cliente externo (Anexo 2)

Procesamiento: Anexo 3

Continuando con el análisis en Asignación de Citas, otra variable estudiada, fue la solicitud de citas en forma presencial, y se encontró como dato destacable el porcentaje con el cual fue calificado el tiempo de espera en la fila para la solicitud de citas, pues con un 34% los encuestados lo calificaron como malo, y con un 28% como regular. Lo anterior demuestra el alto inconformismo que existe por parte del cliente o usuario en este servicio, pues dentro del trabajo de campo se recogió información en forma verbal con los encuestados, donde expresaron que les parecía excesivo esperar en la fila más de 20 minutos, y que han existido casos donde la fila es tan larga que por ende aumenta el tiempo de espera hasta de 40 minutos, además, que este tiempo de espera deben hacerlo de pie, pues en ésta área no existe ninguna silla para esperar el turno correspondiente. (Ver Figura 13).

**Figura 14. Aviso sobre adelanto o cancelación de la cita médica.**

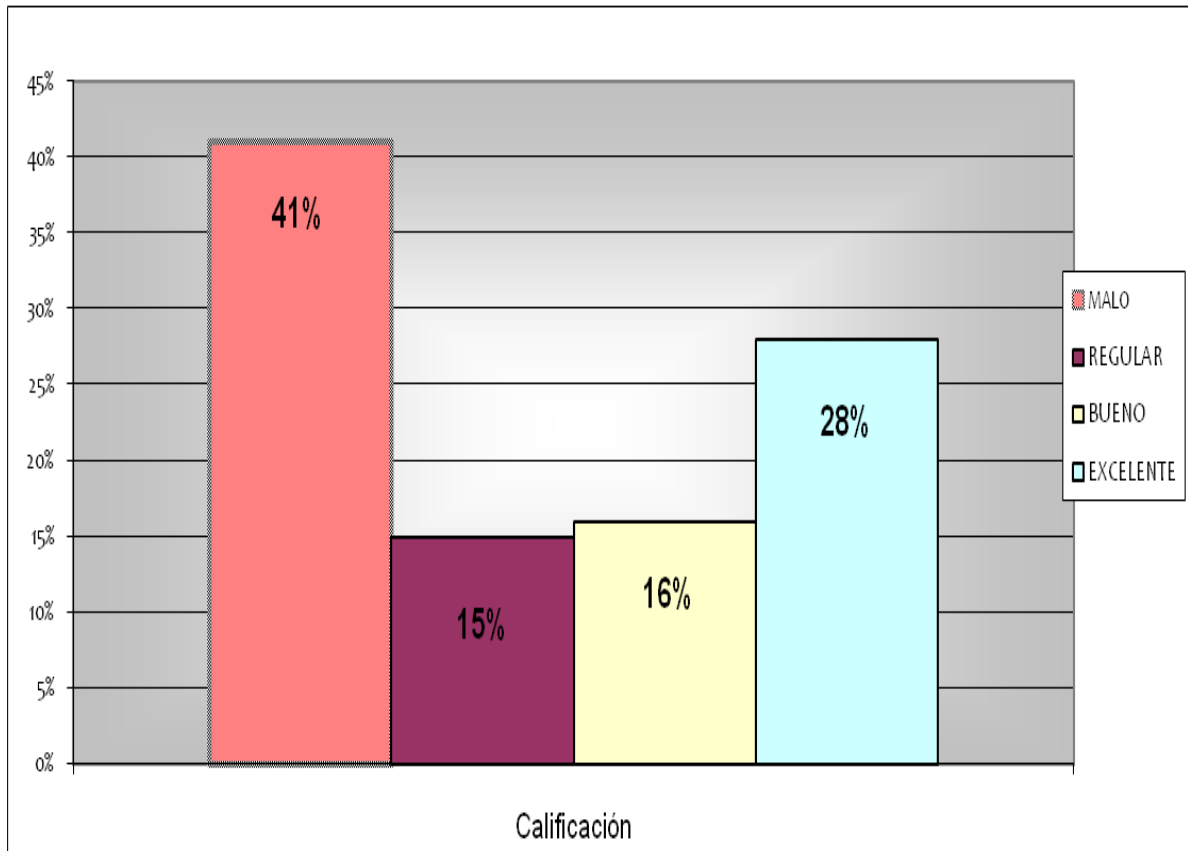


Fuente: Encuesta dirigida al cliente externo (Anexo 2)

Procesamiento: Anexo 3

Del mismo modo, se logró detectar que a un alto porcentaje de los clientes o usuarios que han solicitado con anterioridad una cita, no se les avisa sobre la cancelación o posible adelanto de la misma. Con base en las encuestas realizadas, se logró determinar que un 41% de los clientes o usuarios encuestados, estiman el servicio de adelanto o cancelación de citas como malo, sin embargo hay 28% que lo considera como excelente y un 23% como bueno. Lo cual demuestra que a la mayoría de los clientes o usuarios encuestados no se les comunica sobre la cancelación o adelanto de las citas médicas asignadas. (Ver Figura 14).

**Figura 15. Señalización para orientación y ubicación.**



Fuente: Encuesta dirigida al cliente externo (Anexo 2)

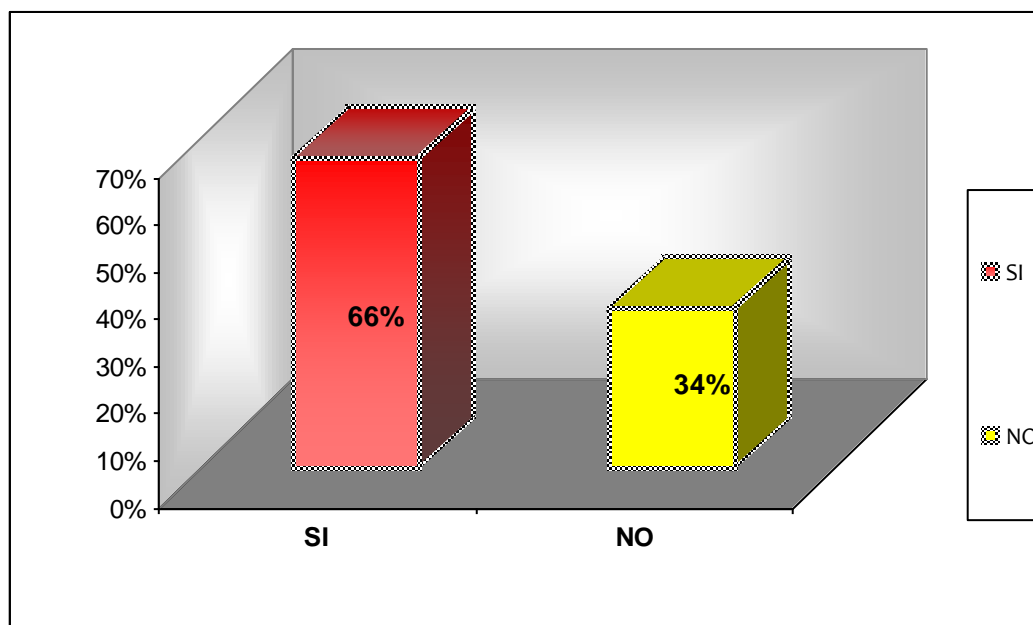
Procesamiento: Anexo 3

Dentro de la encuesta se vinculó una pregunta con el objeto de identificar el conocimiento por parte de los clientes externos o usuarios sobre la señalización para la ubicación de las diferentes áreas dentro de la CRUU. Luego de analizar los datos se logró concluir que el 41% de los encuestados consideran mala la señalización para la orientación y ubicación en la clínica, frente a un 28% que estima que la señalización es excelente.

De acuerdo a lo anterior se puede aducir que la señalización tiende a ser deficiente o en algunos casos inexistente, puesto que los clientes externos, pacientes o usuarios deben recurrir a los funcionarios de la CRUU para que

éstos los orienten sobre la ubicación de las diferentes áreas, dependencias, procesos, subprocesos y procedimientos. Los encuestados que están dentro del rango del 28% (calificación excelente), son los clientes que con mayor periodicidad visitan y hacen uso de los diferentes servicios de la CRUU. Dentro de este grupo de encuestados se encuentran los pensionados, jubilados, y clientes con tratamientos especiales que requieren asistir a la clínica con alta frecuencia. (Ver Figura 15).

**Figura 16. ¿Conoce usted sobre la asignación de citas vía telefónica?**



Fuente: Encuesta dirigida al cliente externo (Anexo 2)

Procesamiento: Anexo 3

Otro factor importante que se tuvo en cuenta al momento de analizar el subproceso de Asignación de Citas, fue el de identificar si el cliente externo o usuario conoce o no de la posibilidad de solicitar una cita médica por vía telefónica. Aunque la tabulación muestra que el 66% de los encuestados conocen de este servicio, es preocupante el alto índice (34%) de los que no saben que se puede pedir la cita por teléfono. Por lo tanto, falta divulgación

de este servicio por parte del responsable de este subproceso hacia los clientes o usuarios de la CRUU. (Ver Figura 16).

Conforme a los resultados generales obtenidos de la encuesta, se evidencia la necesidad de realizar mejoras en el subproceso de asignación de citas y del cargo de recepción, específicamente en los siguientes aspectos:

- Disposición en la atención telefónica, en cuanto a amabilidad, cortesía e interés.
- Facilidad para el contacto telefónico tanto para información, orientación y solicitud de citas.
- Tiempos de espera para la solicitud de la cita (fila).
- Dar aviso oportuno sobre adelanto o cancelación de citas.
- Señalización precisa y eficaz para orientación de clientes y usuarios.

### **3.2 SITUACIONES DETECTADAS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA AL CLIENTE INTERNO.**

La encuesta dirigida al cliente interno, quien es el usuario de los servicios de autorizaciones, validación de derechos y evaluaciones de servicios, es de tipo cualitativo, mediante la cual se pretende estudiar características de las actividades, relaciones, asunto, medios, materiales o instrumentos de los procesos a estudiar. Fue realizada a un total de 20 colaboradores de la clínica, vinculados al área de hospitalización, por ser el área que más hace uso de estos servicios, debido a que los pacientes hospitalizados requieren constantemente de exámenes y procedimientos, quienes por su condición de paciente hospitalizado es obligación de acuerdo al decreto 4747 de 2007,

Artículo 13, realizar la respectiva gestión de autorización por parte del servicio de hospitalización.

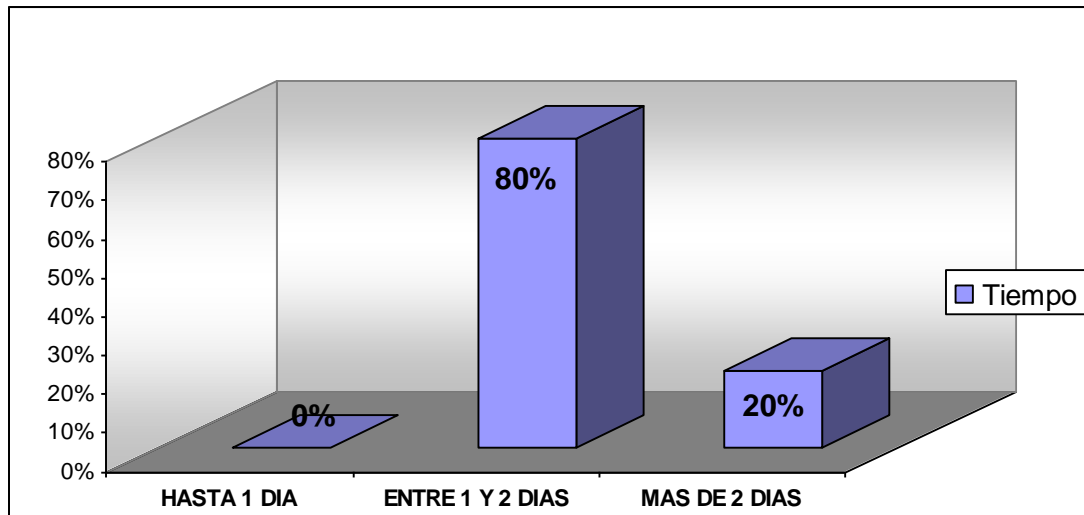
Las personas seleccionadas para la aplicación de la encuesta cualitativa son jefes de servicios, patinadores y secretarias escogidos de manera aleatoria. Teniendo en cuenta que el grupo es pequeño, en total 20 colaboradores, no se tomó una muestra, sino que se realizó al universo.

La encuesta consta de 19 preguntas de tipo cualitativo, está dividida en tres bloques así: el primero corresponde a aspectos relacionados con el subproceso de autorizaciones, consolidados en los criterios de las Figuras 17, 18 y 19, el segundo tiene que ver con admisiones, representado en el criterio de la figura 20 y el tercer bloque hace referencia al subproceso de evaluación de la satisfacción del cliente, figura 21. El proceso de análisis y consolidación de las preguntas para la respectiva representación gráfica, se realizó basado en el enfoque de la presente investigación.

De acuerdo a la información obtenida de la encuesta dirigida al cliente interno (Ver Anexo 3), se realizó el análisis a partir de las siguientes preguntas:



**Figura 17. ¿Al cuanto tiempo recibe respuesta de la solicitud de autorización?**

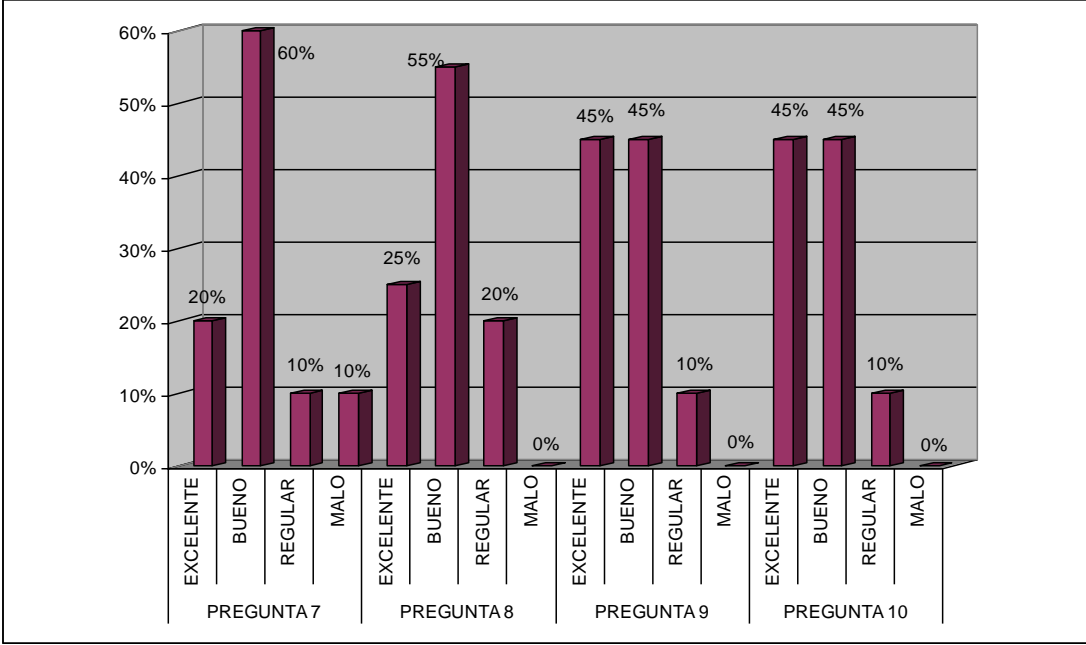


Fuente: Encuesta dirigida al cliente Interno (Anexo 4)

Procesamiento: Anexo 5

De acuerdo a la complejidad de los procedimientos o tratamientos médicos, la clínica tiene señalado un tiempo de respuesta para las autorizaciones de 1 día (24 horas). Según lo muestra la anterior figura, este tiempo no se cumple a cabalidad, pues el 80% indica que la respuesta para las autorizaciones toma entre 1 y 2 días, seguido de un 20% con más de dos días. Lo anterior demuestra que existe una lentitud en la oportunidad de la respuesta ante éste evento. De las 20 encuestas, 3 de los encuestados colocaron como observación, que en algunas ocasiones han tenido que ir ellos mismos a reclamar las solicitudes de autorización o en su defecto hacer la gestión de autorización al ver que han pasado más de 2 días sin recibir respuesta. (Ver figura 17).

**Figura 18. Tiempo de respuesta a las solicitudes de autorizaciones, Servicio ofrecido por autorizaciones, flujo de comunicación con el personal de autorizaciones. Actitud, disponibilidad y trato.**



Fuente: Encuesta dirigida al cliente Interno (Anexo 4)

Procesamiento: Anexo 5

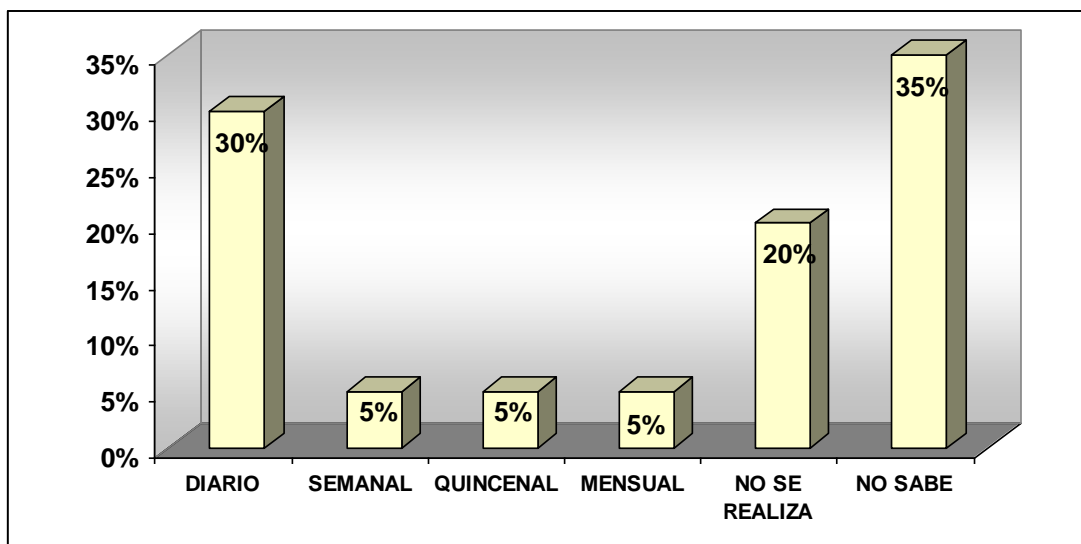
Para el análisis de la anterior figura se debe tener en cuenta el contexto de cada pregunta, y el rango de calificación que se le estipuló, el cual fue distribuido así: Excelente, Bueno, Regular y Malo. Las preguntas fueron las siguientes: Pregunta 7. Califique el tiempo de respuesta a las solicitudes de autorizaciones. Pregunta 8. Califique en general el servicio ofrecido por autorizaciones. Pregunta 9. ¿Cómo es el flujo de comunicación con la persona encargada de autorizaciones? Pregunta 10. ¿Cómo es la actitud, disponibilidad y trato por parte de los funcionarios de autorizaciones?

En general las cuatro preguntas obtuvieron una calificación aceptable, debido a que se mantuvieron en su gran mayoría (y mayor porcentaje) entre Excelente y Bueno. Las calificaciones que no estuvieron en éste rango, demuestran que en éste como en cualquier proceso dentro de una empresa, no siempre se obtienen resultados al 100% excelente, pues es claro que estos servicios son prestados por personas, quienes no siempre se encuentran con la actitud esperada para prestar las diferentes ayudas a los usuarios. Seguida a la pregunta 10, se encuentra la No.11, la cual dice: Si la calificación a la pregunta anterior (quiere decir la pregunta No.10) fue regular o mala, argumente. Ante esta pregunta se encontraron dos argumentos. El primero arguyó, una actitud incomoda por parte de los funcionarios de autorizaciones para dar información. El segundo, indicó, Que algunos funcionarios no se encuentran correctamente informados o les falta mayor capacitación en las funciones a desempeñar. (Ver figura 18).

Para el análisis de la pregunta 12, la cual dice: ¿Cuáles considera usted podrían ser los aspectos a mejorar en el servicio de autorizaciones? , no se presentará gráfica, pues se considera que las múltiples respuestas obtenidas gracias a la encuesta, se pueden agrupar facilitando así una mejor interpretación de la misma. Los aspectos a mejorar son los siguientes:

- Rapidez y coordinación en las autorizaciones (tiempo de respuesta).
- Puntualidad en la entrega de las autorizaciones.
- Mejorar las herramientas de trabajo, tales como: Fax en buenas condiciones, impresora propia, pues deben desplazarse a otro piso cuando necesitan imprimir, y darle mejor manejo a la información suministrada.
- Procedimentar el subproceso de Autorizaciones, para hacerlo más eficaz y preciso.

**Figura 19. En el servicio para el que usted labora ¿cada cuanto se realiza encuesta de satisfacción del cliente?**

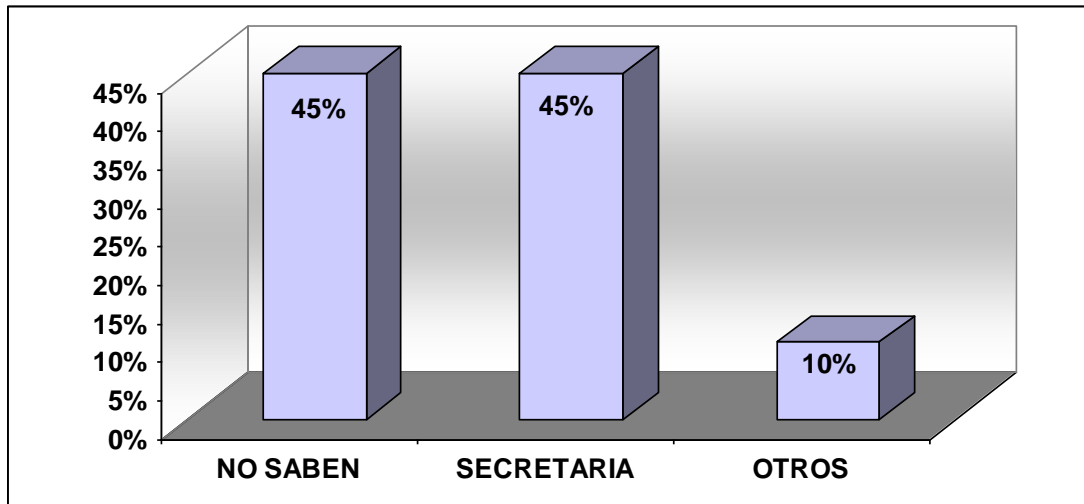


Fuente: Encuesta dirigida al cliente Interno (Anexo 4)

Procesamiento: Anexo 5

Un 30% mencionó que la encuesta de satisfacción del cliente se realiza diariamente, en el rango de un 5%, se encuentra que la encuesta se realiza semanal, quincenal o mensual. Lo anterior demuestra que no existe claridad en la frecuencia establecida para realizar la encuesta de satisfacción del cliente. Pero, lo interesante es que un 20% señaló que no se realiza dicha encuesta, y peor aún un 35% no sabe nada acerca de la existencia de dicha encuesta. Con esto último, se puede concluir que la encuesta de satisfacción del cliente no se le da la importancia necesaria que merece ésta, pues se evidencia la informalidad respecto a la frecuencia con la que debe hacerse este tipo de investigación. (Ver figura 19).

**Figura 20. ¿Quién es la persona responsable de realizar la encuesta de satisfacción del cliente en su servicio?**

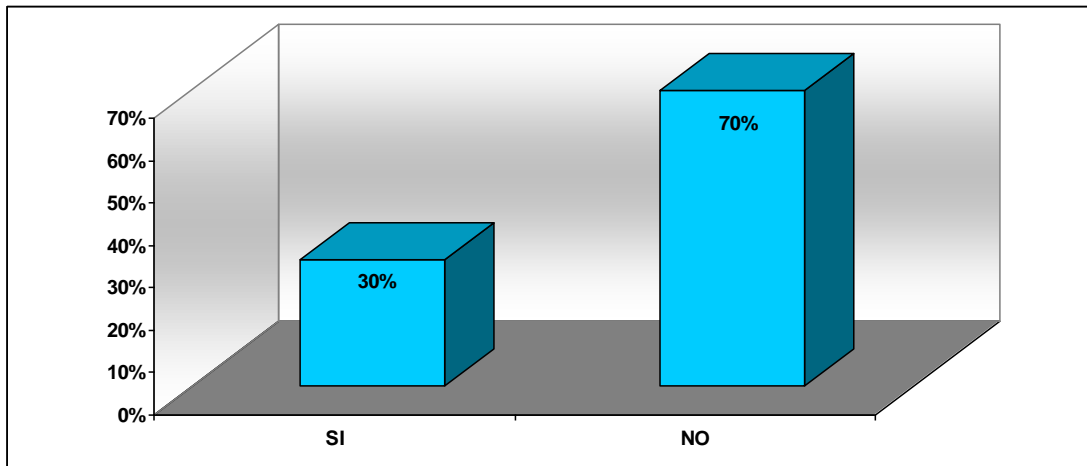


Fuente: Encuesta dirigida al cliente Interno (Anexo 4)

Procesamiento: Anexo 5

La figura 20 corresponde al análisis realizado a la pregunta 17, la cual dice lo siguiente: ¿Quién es la persona responsable de esta labor en su servicio? Entiéndase por labor, la realización de la encuesta de satisfacción del cliente. Según conversación establecida con la jefa de Control de Calidad de la CRUU, indicó que quién debe realizar esta labor es la secretaria de cada subproceso de acuerdo al turno que le corresponda, teniendo en cuenta que existen 3 turnos de 8 horas cada uno. Como se puede apreciar en la figura 20, existe una dualidad entre quienes conocen quién debe realizar esta labor (45%) y quienes no lo saben (45%), y con 10% restante están los que afirman que lo realiza otro funcionario como las enfermeras o alguien de servicio al cliente. En síntesis, se analiza que hay una desinformación frente a la responsabilidad del funcionario que realiza esta función, o que las secretarías no tienen claro que deben hacer esta encuesta como parte de sus funciones diarias. (Ver figura 20).

**Figura 21. ¿Sabe usted quién es el encargado de recibir y procesar la información obtenida en la encuesta de satisfacción del cliente?**

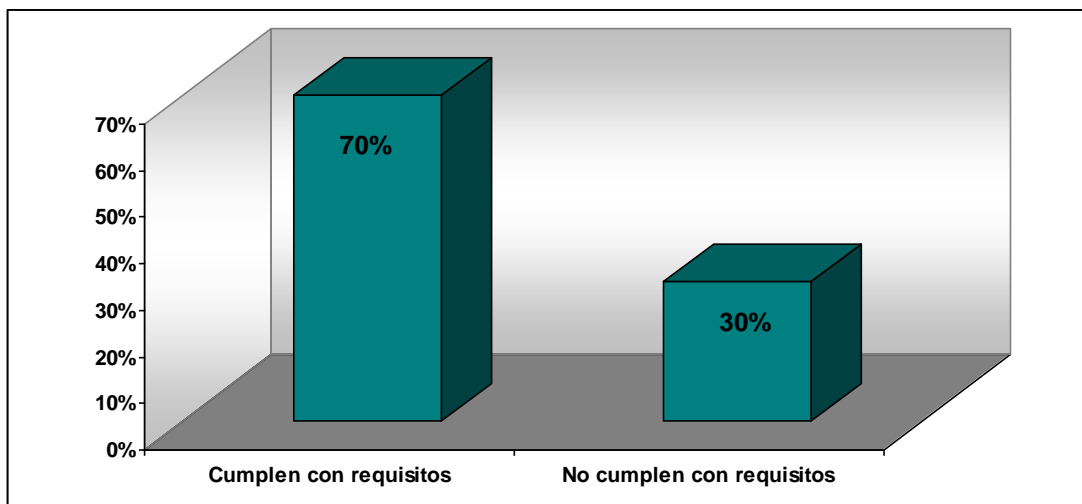


Fuente: Encuesta dirigida al cliente Interno (Anexo 4)

Procesamiento: Anexo 5

Se evidencia con un 70% que los funcionarios no saben quién es el encargado de recibir y procesar dicha información, lo que deja ver que no se ha aplicado un correcto programa de entrenamiento y capacitación que explique y deje claro uno de los objetivos primordiales para una organización como lo es la atención al cliente, pues cada colaborador que pertenezca a esta organización debe conocer muy bien cuales son los objetivos de calidad de la misma y propender por ser participe de ellos. Dentro de la CRUU, el área encargada de velar por el análisis y tratamiento de las encuestas de satisfacción del cliente es el área de estadística. (Ver figura 21).

**Figura 22. ¿Que recibe (requisitos) para realizar solicitud de autorización?**



Fuente: Encuesta dirigida al cliente Interno (Anexo 4)

Procesamiento: Anexo 5

Es importante para el correspondiente análisis de la figura 22, aclarar que requisitos tiene establecidos la CRUU para la gestión de las autorizaciones, los cuales son tres. El primer requisito, es la Hoja de Referencia completamente diligenciada por el médico de turno. El segundo requisito, es solicitar al usuario fotocopia del documento de identidad y carné de la respectiva EPS, y el tercer y último requisito, es tener diligenciado el Formato de Solicitud o como otros funcionarios lo llaman Relación de Diagnóstico – Procedimiento, lo cual demuestra que no hay una estandarización en los formatos pues son llamados de diferentes nombres. Se logra constatar que el 30% de los 20 encuestados no cumplen con los tres requisitos exigidos por la CRUU., además, que no es claro para ellos que documentos o requisitos son necesarios para llevar a cabo esta actividad. (Ver figura 22).

### 3.3 SITUACIONES DETECTADAS A PARTIR DEL REGISTRO DE QUEJAS Y RECLAMOS EN LA CRUU.

El registro de quejas y reclamos de la clínica, correspondiente al periodo octubre de 2008 a mayo de 2009, arrojó un total de 379 quejas, de las cuales solo 93 afectan al proceso de servicio al cliente, tema de esta investigación.

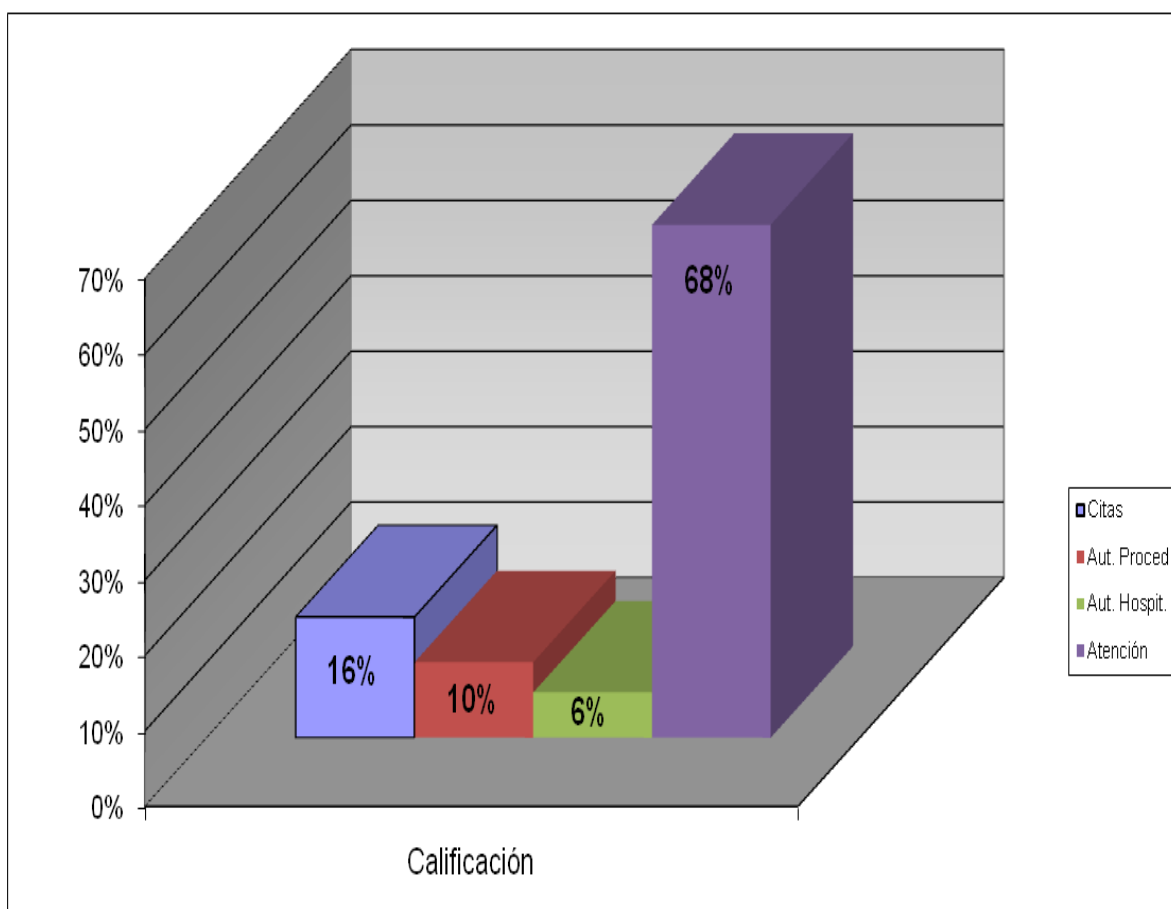
**Tabla 4. Análisis y causas de los síntomas descritos en quejas registradas en la CRUU**

<b>Subproceso Afectado</b>	<b>Consolidado y análisis de quejas</b>	<b>Posible causa</b>
<b>CITAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención en hora diferente a la programada</li> <li>• Incumplimiento en la atención</li> <li>• Demora en la asignación de citas</li> <li>• Dificil comunicación telefónica para solicitud de citas.</li> <li>• No aviso para cancelación o postergación de citas</li> </ul>	<p>*Asignan todas las citas para la misma hora.</p> <p>* Por error en la asignación de citas.</p> <p>*Poco personal, falta de recursos y capacitación.</p> <p>*Pocas líneas telefónicas habilitadas.</p> <p>*No se cuenta con las herramientas necesarias.</p>
<b>Autorizaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora en el proceso de autorizaciones.</li> <li>• Falta oficina de Caprecom en la Clínica.</li> </ul>	<p>*Desconocimiento de requisitos y procedimientos.</p> <p>*Falta de establecer negociación entre la clínica y Caprecom.</p>



<b>Atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato inadecuado por parte del personal asistencial y médico hacia los pacientes.</li> <li>• Incumplimiento a citas por parte del personal médico.</li> <li>• Comunicación deficiente sobre el estado de pacientes a familiares.</li> </ul>	<p>*Falta de capacitación, concientización en el cliente y desmotivación por parte del personal.</p> <p>*Falta de planes de contingencia que soporten la inasistencia médica.</p> <p>* Inexistencia de procedimiento que permita otorgar información precisa sobre el estado de pacientes a familiares.</p>
-----------------	--	---

**Figura 23. Análisis Estadístico del Registro de Quejas y Reclamos elaborado por la CRUU.**



Los subprocesos del servicio al cliente, afectados en el registro de quejas y reclamos fueron: citas con un 16%, autorización de procedimientos con un 10%, autorizaciones de hospitalización con un 6%.

De igual manera y teniendo en cuenta que la disposición y actitud de los colaboradores de la clínica frente a la atención con el cliente, debe ser un aspecto que competa directamente al proceso de servicio al cliente de la clínica. Se incluyó dentro de la clasificación por presentar un alto índice dentro del registro de quejas, el cual representó un 68% de la muestra correspondiente al universo del servicio al cliente. (Ver figura 23).

#### **4. DESCRIPCION DEL PROCESO MEJORADO DE SERVICIO AL CLIENTE, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION POR PROCESOS.**

A partir del análisis que manifiesta los resultados de las encuestas y registros de quejas, se obtiene un diagnóstico interno general que refleja una serie de debilidades (aspectos por mejorar) en el sistema actual, con sus respectivas causas. Igualmente se destacan ciertas fortalezas identificadas (aspectos por mantener). Lo anterior, con el fin de desarrollar planteamientos que conlleven a incrementar niveles de satisfacción.

**Tabla 5. Debilidades y causas de acuerdo al diagnóstico interno general de la CRUU.**

<b>Debilidades</b>	<b>Causas</b>
Los colaboradores de los diferentes procesos no tienen claramente definido como deben realizar sus funciones.	Falta de estandarización de procesos y procedimientos.
Las encuestas aplicadas en la CRUU, evidencian que los funcionarios no llevan un orden, ni se rigen a las normas de la clínica (formatos y registros inadecuadamente diligenciados).	Desconocimiento de requisitos y procedimientos.
No poseen una clara conciencia acerca de la importancia que tiene la correcta aplicación del servicio al cliente (Ver Tabla 4).	Deshumanización en el servicio.
No existe un programa eficaz de entrenamiento y capacitación, además de la correspondiente evaluación de desempeño.	Falta de capacitación.
Desorientación del cliente dentro de las	Falta de señalización,

instalaciones de la clínica.	mediante avisos u otras herramientas.
Baja oportunidad en respuesta a quejas por parte de los líderes de servicios.	Carencia de planes de acción o de mejora ante la baja oportunidad.

**Tabla 6. Fortalezas de la CRUU de acuerdo al diagnóstico interno General**

<b>Fortalezas</b>
A pesar de no contar con procesos debidamente procedimentados logran satisfacer un porcentaje de las necesidades del cliente.
Están abiertos a propuestas de mejora por parte de estudiantes en práctica.
Procuran mejoras conforme a falencias identificadas, a pesar de la limitación de recursos.

Partiendo de la investigación y posterior descripción del proceso actual de servicio al cliente de la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali y teniendo en cuenta el diagnóstico interno general así como la identificación del nivel de satisfacción y expectativas de los clientes frente al proceso, se desarrolló la siguiente propuesta basada en el sistema de gestión por procesos.

Inicialmente, se mencionarán aspectos considerados propuestas de mejora, los cuales quedarán registrados en la caracterización y documentación de los procesos y procedimientos diseñados.

#### **4.1 PROPUESTAS DE MEJORA:**

- Estandarizar el proceso de servicio al cliente, mediante la caracterización y documentación de los procesos y procedimientos involucrados.
- Vincular al proceso de servicio al cliente el subproceso de admisiones, buscando así integridad y eficacia en la prestación del servicio, ya que por las condiciones y características de sus procedimientos, presenta una relación directa con este proceso. Es importante señalar que a la fecha, admisiones pertenece al proceso de facturación.
- Descentralizar los puntos de atención de autorizaciones. Asignar una persona a cada piso o servicio de la clínica, con el fin de realizar las respectivas solicitudes y gestiones, respecto a todo lo relacionado con autorizaciones, tanto para pacientes de régimen contributivo como de régimen subsidiado. Buscando de esta manera agilidad y eficacia en esta división del proceso de servicio al cliente.
- Diseñar e implementar un formato para solicitud de autorizaciones hospitalización, en el cual se registrarán los datos necesarios para realizar la operación. Mediante éste se busca evitar posibles errores en la comunicación verbal y a la vez permitir un control y registro en esta parte del proceso.
- Diseñar e implementar dos formatos para el proceso de autorizaciones de procedimientos o exámenes, uno, tendrá como objetivo notificar la autorización asignada, donde se confirma el nombre del paciente, documento de identidad, el procedimiento o examen a realizar, las

indicaciones, preparación o precauciones para el mismo, la fecha, hora de la cita, además especificando la ambulancia, proveedor y tipo.

El otro formato consiste en registrar la gestión realizada durante el proceso de autorización y contacto con las aseguradoras. En este se verifica nombres de los contactos, fechas, horas, respuestas a las solicitudes y finalmente código asignado de autorización.

- Dar cumplimiento al Decreto 4747 de 2007 Capítulo III, mediante el cual se prohíbe la solicitud de copias, fotocopia o autenticaciones de documentos de identidad o carné a los pacientes o usuarios. Para ejecutar esta propuesta, los puntos de admisiones y citas, por ser quienes tienen el primer contacto con el cliente; deben solicitar el documento de identidad y carné con el fin de verificar y registrar los datos **correctos** del paciente en el sistema de información. Cuando el que realiza la gestión no es directamente el paciente sino una tercera persona, a ésta sí se le solicita la fotocopia de los documentos para realizar la respectiva verificación y registro.

A partir de ahí, todos los procesos de la clínica que requieran de los datos del paciente los deben confirmar directamente en el sistema o aplicativo de la misma, sin realizar solicitud de documentos o copias al paciente o usuario.

- Teniendo en cuenta la importancia que representa para la empresa la identificación de necesidades y expectativas de los clientes, se propone vincular directamente al proceso de servicio al cliente, el procedimiento de Evaluación de satisfacción del cliente, el cual a la fecha, se considera como

parte del proceso de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y solicitudes). Teniendo en cuenta el intrascendente manejo que se ha dado a este procedimiento; la propuesta consiste en darle un enfoque de subproceso que conlleve una serie de actividades encaminadas a establecer e interpretar la percepción del cliente frente a los servicios ofrecidos desde su ingreso a la clínica hasta determinado tiempo de recuperación domiciliaria (servicio post-egreso).

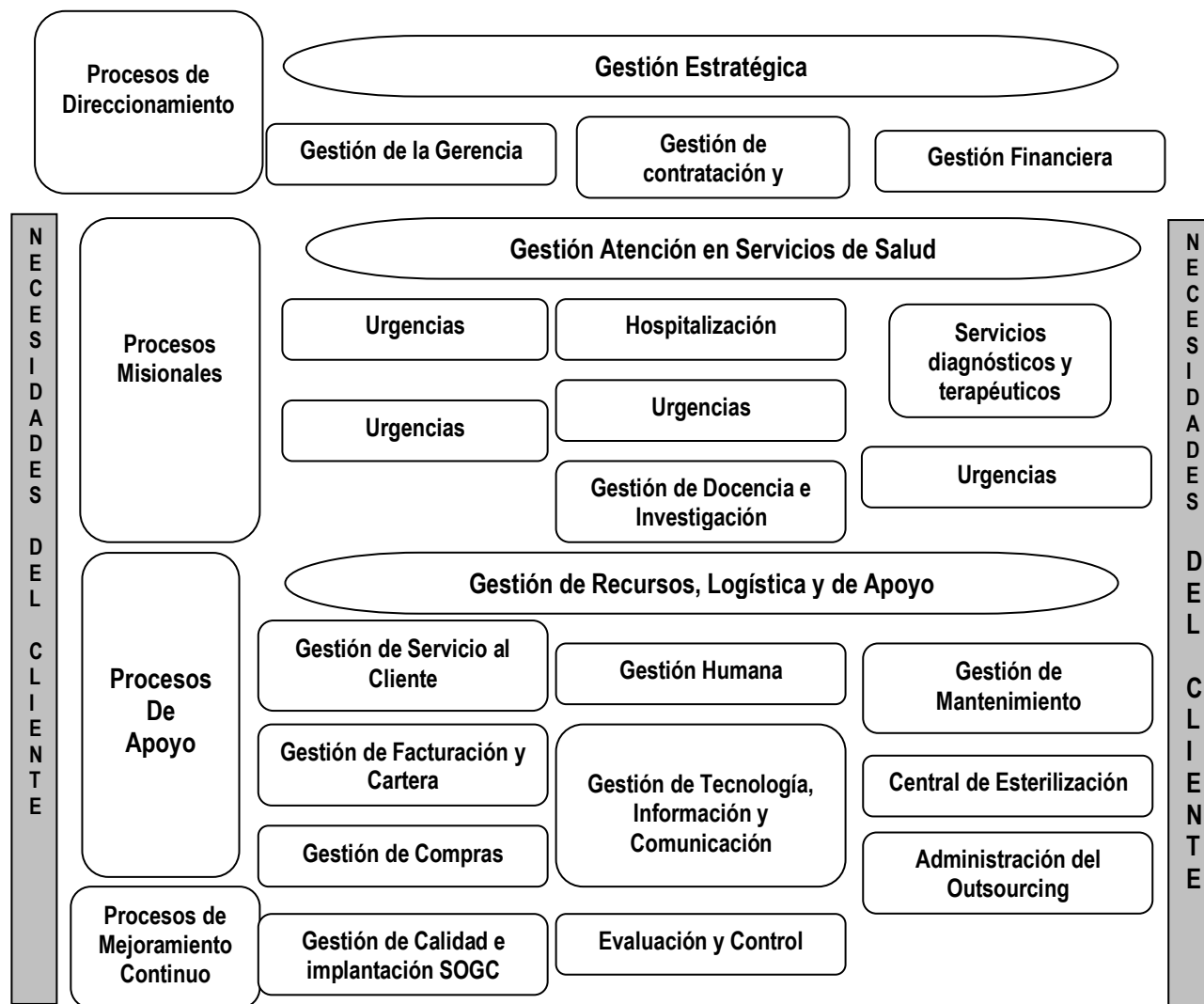
- Con el propósito de alcanzar los objetivos diseñados, se plantea nombrar un líder para cada subproceso que compone el proceso de servicio al cliente. Lo anterior, con el fin de instaurar un comité que realice análisis, evaluación y propuestas de acciones correctivas y preventivas, basadas en los indicadores.

#### **4.2 CARACTERIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Para dar inicio a la caracterización y documentación de los procesos, se investigó el mapa de procesos de la Clínica, con el fin de identificar la ubicación del proceso objeto de análisis dentro de la organización, además de identificar los procesos involucrados en la misma.

**Figura 24. Mapa de Procesos**

## IPS CAPRECOM CLÍNICA RAFAEL URIBE URIBE UT COMFENALCO - UNILIBRE



Fuente: Departamento de Mejoramiento Continuo IPS Caprecom Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco Valle – UNILIBRE.



**Tabla 7. Caracterización procso de Servicio al Cliente.**

CARACTERIZACION DE PROCESOS		CODIGO:	
CLINICA RAFAEL URIBE URIBE UT COMFENALCO VALLE-UNILIBRE		VERSION:	
		PAGINA:	1 de 2
MACROPROCESO			
PROCESO			
SERVICIO AL CLIENTE			
OBJETIVO	Prestar apoyo y soporte, proporcionando medios necesarios para que los procesos clave se puedan llevar a cabo con eficacia basado en la satisfacción y expectativa del cliente interno y externo.		
ALCANCE	El proceso abarca desde la recepción de solicitudes e inquietudes de los clientes, hasta el trámite y entrega de las anteriores gestiones resueltas.		
RESPONSABLE	Jefe del Servicio al Cliente.		
PROVEEDOR	ENTRADA	SUBPROCESOS/ETAPAS	SALIDA
INTERNO			
Urgencias	Documentos de identificación, formatos, historia clínica, solicitud de procedimientos original y copia.	<b>Validación de derechos y autorizaciones</b>	Documentos de identificación, formatos con sello y código asignado de autorización, historia clínica, copia de solicitud de procedimientos, registro de notificación, gestión de autorizaciones.
Hospitalización			
Cirugia			
Consulta Externa.			
EXTERNO			
Pacientes			
Usuarios			
EXTERNO			
Pacientes	Fotocopia de documentos de identificación, orden médica, autorización emitida por la aseguradora.	<b>Asignación de citas</b>	Documento con información de la cita.
Usuarios			Fotocopia de documentos de identificación, orden médica, autorización emitida por la aseguradora.
INTERNO			
Urgencias	Formato de quejas y sugerencias, formato de No Conforme, quejas verbales.	<b>Gestión de quejas reclamos y sugerencias</b>	
Hospitalización			
Cirugia			
Consulta Externa			
Imágenes diagnósticas			
EXTERNO			
Pacientes			
Usuarios			
INTERNO			
Urgencias	Formato de evaluación del servicio	<b>Evaluación de la satisfacción del cliente</b>	
Hospitalización			
Cirugia			
Consulta Externa			
Imágenes diagnósticas			
EXTERNO			
Pacientes			
Usuarios			
EXTERNO			
Pacientes	Fotocopia de documentos de identificación, remisión de otra entidad, motivo de consulta, autorización para cirugía o procedimiento, orden médica.	<b>Admisiones</b>	Fotocopia de documentos de identificación, remisión de otra entidad, motivo de consulta, autorización para cirugía o procedimiento, orden médica, hoja de admisión.
Usuarios			
Familiares			

**Tabla 8. Caracterización Proceso de Servicio al Cliente**

<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE UT COMFENALCO VALLE-UNILIBRE</b>		CODIGO: VERSION: PAGINA: 2 de 2	
<b>REQUISITOS APLICABLES</b>			
INTERNOS:	Documentos y formatos establecidos debidamente diligenciados para obtener eficacia en el proceso.		
EXTERNOS:	Atención, oportunidad y agilidad en la atención.		
<b>RECURSOS</b> <b>Tipos de recursos</b>	<b>REQUISITOS</b> <b>LEGALES APLICABLES</b>	<b>DOCUMENTOS DESCRIPTIVOS</b>	
* Computador e impresora por puesto de atención * Sistema de información Salud Ips * Acceso al sistema de información de las aseguradoras * Internet * Punto de atención en la CRUU de las aseguradoras.	Decreto 4747 de 2007 Ley 100 de 1993 Decreto Ley 962 de 2005 Constitución Política de Col Art. 23 y 74.	Referencias / Solicitud de procedimientos Registro notificación solicitud autorización gestión de autorizaciones / Reporte de No Conforme / Quejas y sugerencias / encuesta satisfacción del cliente / hoja de admisión / historia clínica.	
<b>INDICADORES</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Fuente</b>	<b>Responsable análisis</b>	<b>Responsable acción correctiva</b>
* Tiempo en asignar código de autorización	* Registro de radicados	Lider subproceso de	Comité de servicio al cliente
* Cantidad de autorizaciones asignadas por día.	solicitud autorizaciones y entrega de notificaciones.	autorizaciones y jefe de servicio al cliente.	
* Cantidad de citas diarias asignadas por especialidad.	* Registro de citas diarias asignadas por especialidad	Lider de consulta externa y	
* Cantidad de aviso de citas canceladas o adelantadas por especialidad mensual.	* Registro de llamadas diarias para cancelación de citas.	jefe de servicio al cliente.	
* Cantidad de quejas recibidas y contestadas	* Registro de quejas recibidas	Lider subproceso quejas y	
* Tiempo de respuesta a las quejas enviadas a los servicios y posteriormente a clientes.	* Registro de radicados entrega de quejas, recibido rpt.	sugerencias y jefe de servicio al cliente.	
* Cantidad de evaluaciones aplicadas por servicio.	* Tabulación de las evaluaciones aplicadas en los servicios	Funcionario encargado de evaluaciones de servicio y	
* Calificación asignada a los servicios.		jefe de servicio al cliente.	
* Cantidad de pacientes ingresados por admisiones.	* Registro emitido por salud IPS, pacientes ingresados.	Funcionario de estadística y jefe servicio al cliente.	
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>	
	1	ORIGINAL	
ELABORO:	REVISOR:	APROBO:	
CARGO:	CARGO:	CARGO:	
FECHA:	FECHA:	FECHA:	

**Tabla 9. Procedimiento Validación de Derechos y Autorizaciones**

LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS				CODIGO: VERSION: PAGINA		
PROCESO:				SUBPROCESO: SERVICIO AL CLIENTE		
PROCEDIMIENTO: VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES.						
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO						
OBJETIVO: Validar los derechos y gestionar las autorizaciones ante las aseguradoras para hospitalizar, realizar exámenes y procedimientos.						
ALCANCE: El proceso inicia con la requisición por parte del médico para hospitalizar o realizar procedimiento, hasta la generación de código de autorización emitido por la aseguradora.						
DEFINICIONES: Referencia: Hospitalización: Procedimientos: Autorización: Código: Validación de derechos:						
DOCUMENTOS DE REFERENCIA: Historia clínica, nota de cargo, Referencia, solicitud de procedimientos, solicitud de hospitalización, registro notificación, gestión de autorizaciones, anexo 3 del Regimen Subsidiado de Salud.						
CONDICIONES GENERALES: La referencia debe ser diligenciada en su totalidad por el médico solicitante con letra legible. La referencia debe llevar todos los códigos solicitados, firma y sello del médico solicitante. La persona responsable de la solicitud debe verificar que los datos correspondan al paciente. Se deben validar los derechos antes de solicitar código de autorización. Para pacientes de regimen subsidiado el médico debe realizar solicitud mediante anexo 3.						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Recepción solicitud de autorizaciones.	Recibir la Referencia, verificando que esté debidamente diligenciada, igual que los anexos respectivos. Se radica con fecha y hora entregando la copia al solicitante.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, Solicitud de procedimientos y hospitalización, historia clínica, anexo 3 (régimen subsidiado)	N/A
2	Validación de derechos	Validar, mediante el sistema de información respectivo o vía telefónica los pagos y semanas cotizadas, para confirmar los derechos a la solicitud.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, Solicitud de procedimientos y hospitalización, historia clínica.	Aplicativo de la Nueva E.P.S., red telefónica, fax.
3	Solicitud Código de Autorización	Ingresar al sistema de información de la aseguradora, para obtener el código de autorización y en el caso de procedimientos externos el lugar donde se debe realizar.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, Solicitud de procedimientos y hospitalización, historia clínica.	Aplicativo de la Nueva E.P.S., red telefónica, fax.
4	Registro de la autorización en el sistema.	Registrar en el sistema de información de la Clínica, el código, tipo de autorización asignado por la aseguradora y código de diagnóstico.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	N/A	Aplicativo de la clínica, Salud IPS
5	Impresión de formatos y registro de autorización.	Imprimir nota de cargo y hoja de estadística, para casos de hospitalización, las cuales se sellan en la parte posterior con el código asignado, fecha de asignación y nombre del responsable. Para procedimientos, el sello se coloca en la Referencia.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, nota de cargo, hoja de estadística.	Aplicativo Salud IPS.
6	Solicitud de citas y ambulancia	solicitar la cita para los procedimientos que se requieren en entidades externas y gestionar la ambulancia para el traslado del paciente.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, solicitud ambulancia.	Via telefónica
7	Diligenciamiento de formatos.	Diligenciar notificación y gestión de autorizaciones, para informar sobre la cita, traslado del paciente y seguimiento de la gestión.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, Solicitud de procedimientos y hospitalización, historia clínica, registro de notificación y gestión de autorizaciones.	N/A
8	Aviso de autorización asignada	Avisar vía telefónica o mediante la intranet y entregar al solicitante el registro de notificación de autorización.	Validación de derechos y autorizaciones.	Auxiliar administrativo autorizaciones	Referencia, Solicitud de procedimientos y hospitalización, historia clínica, registro de notificación y gestión de autorizaciones.	Intranet, red telefónica.
FECHA		VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO			
		1	ORIGINAL			
ELABORO:			APROBO:			
CARGO:			CARGO:			
FECHA:			FECHA:			

**Tabla 10. Procedimiento Asignación de Citas**

LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS				CODIGO:		
				VERSION:		
				PAGINA		
PROCESO:			SUBPROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
PROCEDIMIENTO: ASIGNACION DE CITAS.						
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO						
OBJETIVO: Atender las requisiones de citas de los pacientes o usuarios y asignarlas de acuerdo a la disponibilidad de las mismas						
ALCANCE: El proceso inicia con la recepción de los documentos requeridos para la asignación de la cita, hasta la devolución de los documentos y entrega del documento con información general de la cita asignada.						
DEFINICIONES: Epicrisis: Agenda: Aplicativo: Orden médica: Documento información de la cita: Call Center:						
DOCUMENTOS DE REFERENCIA: Orden médica, autorización para la cita, documento información de la cita, Epicrisis.						
CONDICIONES GENERALES: Orden y autorización con vigencia inferior a un mes Copia de documento de identificación o carné si el que solicita la cita no es el paciente o usuario. Autorización por parte de la aseguradora para la prestación del servicio. Actualización de agendas en el aplicativo de la clínica.						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Recepción de solicitud para citas.	Solicitar documentos requeridos y validación de los mismos.	Citas médicas	Auxiliar administrativo central de citas	Orden médica, autorización, epicrisis, documento de identidad.	N/A.
2	Verificación de disponibilidad en agendas.	Verificar en el sistema la disponibilidad de la cita, según la especialidad de acuerdo a las agendas programadas.	Citas médicas	Auxiliar administrativo central de citas	Orden médica, autorización, epicrisis, documento de identidad.	Aplicativo Salud IPS
3	Confirmación al paciente la disponibilidad de citas.	Informar al paciente sobre la disponibilidad existente de la cita, y consultar la aceptación o no de la misma.	Citas médicas	Auxiliar administrativo central de citas	N/A.	N/A.
4	Asignación de la cita	Asignar la cita, según la especialidad, registrando en la agenda del aplicativo el nombre del paciente, documento de identidad y código de autorización.	Citas médicas	Auxiliar administrativo central de citas	N/A.	Aplicativo Salud IPS
5	Diligenciamiento de documentos informativo de la cita.	Diligenciar el documento mediante el cual se informa la fecha, hora, consultorio y nombre del médico o especialista.	Citas médicas	Auxiliar administrativo central de citas	Orden médica, autorización, epicrisis, documento de identidad, documento información de cita.	N/A.
6	Entrega de documento informativo.	Entregar documento informativo de la cita junto con los documentos requeridos para la misma, comunicando al paciente o usuario las indicaciones que debe tener en cuenta para la consulta.	Citas médicas	Auxiliar administrativo central de citas	Orden médica, autorización, epicrisis, documento de identidad, documento información de cita.	N/A.
FECHA		VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO			
		1	ORIGINAL			
ELABORO:			REVISO:		APROBO:	
CARGO:			CARGO:		CARGO:	
FECHA:			FECHA:		FECHA:	

**Tabla 11. Procedimiento Gestión de Quejas, Reclamos y Sugerencias**

LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS			CODIGO:			
			VERSION:			
			PAGINA			
PROCESO:			SUBPROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
PROCEDIMIENTO: GESTION DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.						
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO						
OBJETIVO: Recepcionar, gestionar y responder las quejas y sugerencias realizadas por los clientes y usuarios de los diferentes servicios que ofrece la clínica.						
ALCANCE: Este proceso abarca desde la recepción de la queja y sugerencia verbal o escrita, hasta el envío o entrega al cliente o usuario de la respuesta con la concuerdante acción correctiva.						
DEFINICIONES: No Conforme: Formato Queja y sugerencia: Queja: Sugerencia: Carta explicativa:						
DOCUMENTOS DE REFERENCIA: Quejas y sugerencias, reporte de No conforme, acción correctiva.						
CONDICIONES GENERALES: Las quejas o sugerencias verbales se deben transcribir al reporte No Conforme para su respectiva gestión. Las quejas o sugerencias deben ser entregadas al líder o jefe del servicio afectado por la queja. Los Líderes tiene un plazo de tres días hábiles para dar respuesta a la queja. Realizar y enviar carta explicativa al cliente o usuario que presenta la queja.						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Recepción de quejas o sugerencias verbales.	Recibir la queja o sugerencia y transcribir al reporte de No Conforme.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Reporte de No Conforme.	N/A.
2	Recepción de quejas o sugerencias escritas.	Recibir la queja y confirmar con el cliente o usuario la información registrada en ella, indicar al cliente la solución a adoptar y tiempo a emplear, por último agradecer por la formulación de la queja.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Formato de quejas y sugerencias.	N/A.
3	Transcripción de quejas o sugerencias.	Transcribir la queja o sugerencia del formato establecido al Reporte de No Conforme.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Formato de quejas y sugerencias y reporte de No Conforme.	N/A.
4	Entrega del Reporte de No Conforme	Entregar el Reporte de No Conforme al líder o jefe del servicio afectado por la queja, quien debe responder dentro de los 3 días hábiles siguientes.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Reporte de No Conforme.	N/A.
5	Actualización base de datos.	Actualizar la base de datos de quejas y sugerencias, donde se debe registrar la información pertinente a las quejas.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Reporte de No Conforme.	Hoja de Cálculo (excel)
7	Realización y envío de carta explicativa.	Realizar carta explicativa a partir de la respuesta emitida por el líder del servicio afectado y enviar al cliente o usuario que presentó la queja.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Reporte de No Conforme y carta explicativa.	Procesador de texto (word)
8	Elaboración de informe.	Elaborar informe general mensualmente, de acuerdo a clasificaciones establecidas, con base en la base de datos de (PQRS); El cual debe ser presentado al jefe de servicio al cliente.	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS).	Auxiliar administrativo (PQRS).	Informe general	Hoja de cálculo y procesador de texto.
FECHA		VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO			
		1	ORIGINAL			
ELABORO:			REVISO:		APROBO:	
CARGO:			CARGO:		CARGO:	
FECHA:			FECHA:		FECHA:	

**Tabla 12. Procedimiento Evaluación de la Satisfacción del Cliente**

LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS				CODIGO:		
				VERSION:		
				PAGINA		
PROCESO:			SUBPROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
PROCEDIMIENTO: EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE.						
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO						
OBJETIVO: Identificar el grado de satisfaccion del cliente frente a los servicios ofrecidos en la Clínica.						
ALCANCE: Inicia desde la entrega de la encuesta de satisfacción al cliente, hasta el informe obtenido de la tabulación y análisis de ésta.						
DEFINICIONES:						
Satisfacción del cliente:						
Informe estadístico:						
Tabulación:						
DOCUMENTOS DE REFERENCIA:						
Encuesta de evaluación de satisfacción del cliente, informe final.						
CONDICIONES GENERALES:						
Realizar encuesta de satisfacción del cliente a todos los pacientes que egresan diariamente de cada servicio ofrecido en la clínica.						
Realizar tabulación e informe mensual de las encuestas de satisfacción del cliente.						
Socializar el informe final con los respectivos servicios de la clínica.						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Entrega de encuesta de satisfacción del cliente	Entregar la encuesta de satisfacción del cliente a cada paciente, usuario o familiar que haya hecho uso de los servicios de la clínica. Brindar la respectiva información concerniente a la encuesta.	Servicio correspondiente.	Secretarias o jefes de servicio.	Encuesta de satisfacción del cliente.	N/A.
2	Recepción de la encuesta.	Recibir o solicitar la encuesta diligenciada a los clientes, usuarios o familiares.	Servicio correspondiente.	Secretarias o jefes de servicio.	Encuesta de satisfacción del cliente.	N/A.
3	Tabulación de encuestas	Tabular las encuestas diligenciadas.	Servicio correspondiente.	Secretarias o jefes de servicio.	Encuesta de satisfacción del cliente, cuadro de tabulación.	N/A.
4	Consolidación de la tabulación	Consolidar los datos obtenidos en la tabulación.	Servicio correspondiente.	Secretarias o jefes de servicio.	Cuadro de tabulación, cuadro de consolidación de datos.	Hoja de calculo (excel)
5	Envío de consolidación de datos.	Enviar el cuadro de consolidación de datos, mensualmente al área de estadística mediante la intranet, para realizar informe final.	Servicio correspondiente.	Secretarias o jefes de servicio.	Cuadro de consolidación de datos.	Hoja de calculo (excel)
6	Envío a archivo de encuestas.	Enviar las encuestas diligenciadas y procesadas al archivo inactivo, junto con los cuadros de tabulación y consolidación de datos.	Servicio correspondiente.	Secretarias o jefes de servicio.	Encuesta de satisfacción del cliente, cuadro de tabulación, cuadro de consolidación de datos.	N/A.
FECHA		VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO			
		1	ORIGINAL			
ELABORO:			REVISO:		APROBO:	
CARGO:			CARGO:		CARGO:	
FECHA:			FECHA:		FECHA:	

**Tabla 13. Procedimiento Validación de Derechos y Admisiones para Urgencias**

LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS					CODIGO:	
					VERSION:	
					PAGINA	
PROCESO:			SUBPROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
PROCEDIMIENTO: VALIDACION DE DERECHOS Y ADMISIONES PARA URGENCIAS.						
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO						
OBJETIVO: Realizar admisión y registro del paciente o usuario cuando ingresa para ser atendido por urgencias.						
ALCANCE: El proceso inicia con la solicitud del paciente para que sea atendida su urgencia, hasta que se entrega al médico la hoja de admisión con código de autorización para la urgencia.						
DEFINICIONES: Hoja de admisión: Treage:						
DOCUMENTOS DE REFERENCIA: Hoja de admisión, documentos de identificación, remisión.						
CONDICIONES GENERALES: Solicitar documento de identidad o carné. Validar los derechos para la atención. Confirmar los síntomas motivos de la urgencia. Solicitar código de autorización a la aseguradora para la urgencia.						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Solicitud de documentos de identificación.	Solicitar documento de identificación, carné y remisión, para validar los derechos de atención del paciente o usuario.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones	Documentos de identificación, remisión.	Aplicativo de la Nueva E.P.S., red telefónica, fax.
2	Confirmación de los síntomas y registro de los datos del paciente.	Consultar al paciente o usuario los síntomas motivos de la urgencia, registrar en el sistema los datos del paciente y síntomas mencionados por El.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones	Documentos de identificación, remisión.	Aplicativo de la clínica Salud IPS
3	Orientación del paciente hacia el treage.	Indicar al paciente que ingrese a la sala del treage para su valoración.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones	Documentos de identificación.	N/A.
4	Recepción de información sobre conducta a seguir	Recibir información por parte de treage, quien indica si se trata de una urgencia vital.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones	Orden médica para la urgencia.	N/A.
5	Presentación del paciente.	Comentar el paciente a la aseguradora a la cual pertenece, para confirmar si continua con atención de la urgencia y generar código de autorización o se traslada. Para los pacientes sin EPS se comentan a la Red Pública para su traslado inmediato.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones	Orden médica para la urgencia.	Aplicativo de la Nueva E.P.S., red telefónica, fax.
7	Recepción de respuesta por parte de la aseguradora o de la red.	Recibir la respuesta por parte de la aseguradora, para confirmar al médico conducta a seguir.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones		Aplicativo de la Nueva E.P.S., red telefónica, fax.
6						
FECHA		VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO			
		1	ORIGINAL			
ELABORO:			REVISOR:		APROBO:	
CARGO:			CARGO:		CARGO:	
FECHA:			FECHA:		FECHA:	

**Tabla 14. Procedimiento Validación de Derechos y Admisiones para Cirugía Programada y Ambulancia**

LEVANTAMIENTO DE INFORMACION		CODIGO:				
PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS		VERSION:				
		PAGINA				
PROCESO:		SUBPROCESO: SERVICIO AL CLIENTE				
PROCEDIMIENTO: VALIDACION DE DERECHOS Y ADMISIONES.						
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO						
OBJETIVO: Realizar admisión y registro del paciente o usuario cuando ingresa para ser atendido por urgencias o para cirugía programada.						
ALCANCE: El proceso inicia con la solicitud del paciente para que sea atendida su urgencia o su cirugía programada, hasta que se entrega impresa la hoja de admisión al medico, para el caso de urgencias. Para cirugía programada, hasta la entrega al paciente de la nota de cargo y hoja de estadística junto con los documentos requeridos para la cirugía y hospitalización.						
DEFINICIONES: Hoja de admisión: Nota de cargo: Hoja de estadística:						
DOCUMENTOS DE REFERENCIA: Hoja de admisión, nota de cargo, hoja de estadística.						
CONDICIONES GENERALES: Solicitar documento de identidad o carné. Validar los derechos para la atención. Confirmar los síntomas motivos de la urgencia. Solicitar código de autorización a la aseguradora para la urgencia. Solicitar al paciente la autorización emitida por la aseguradora y orden médica para la cirugía programada.						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Solicitud de documentos de identificación.	Solicitar documento de identificación, carné y remisión, para validar los derechos de atención del paciente o usuario.	Validación de derechos y admisiones.	Técnico administrativo admisiones	Documentos de identificación, remisión.	Aplicativo de la Nueva E.P.S., red telefónica, fax.
2						
3						
4						
5						
6						
FECHA		VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO			
		1	ORIGINAL			
ELABORO:			REVISO:		APROBO:	
CARGO:			CARGO:		CARGO:	
FECHA:			FECHA:		FECHA:	



## **5. INDICADORES Y REGISTROS PARA REALIZAR SEGUIMIENTO, EVALUACION Y MEJORA AL PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE**

Como complemento y sostenimiento de la estandarización de los procesos, se deben determinar el seguimiento y la medición, además los dispositivos de medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.

Por lo anterior, se deben establecer los procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse de una manera coherente con los requisitos planteados.

**Tabla 15. Inventario General de indicadores para el proceso de servicio al cliente**

IPS CAPECOM CLINICA RAFAEL URIBE URIBE UT CONFENALCO-JUILBRE		INVENTARIO GENERAL DE INDICADORES SERVICIO AL CLIENTE					
SUBPROCESOS ASOCIADOS	EFICIENCIA		EFICACIA		EFECTIVIDAD		OTROS
	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	
VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES	P.1	Tiempo en asignar códigos de autorización					
			R.1	Antidad de autorizaciones asignadas por día.			
	P.2	Autorizaciones devueltas por requisitos incompletos.					
ASIGNACION DE CITAS	P.1	Aviso oportuno de citas canceladas o adelantadas por especialidad mensual	R.1	Citas programadas diariamente.			
GESTION DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS	P.1	Cantidad de quejas contestadas por los líderes de servicios.					
			R.1.	Cantidad de quejas contestadas a los clientes.			
	P.2	Tiempo de respuesta a las quejas					
EVALUACION DE SATISFACCION DEL CLIENTE	P.1	Cantidad de evaluaciones de satisfacción al cliente aplicadas por servicio					
					I.1	Calificación asignada a los servicios por clientes.	
VALIDACION DE DERECHOS Y ADMISIONES	P.1	Errores en el ingreso de datos del paciente al sistema.					

**Tabla 16. Inventario de Indicadores, Validación de Derechos y Autorizaciones.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>INVENTARIO DE INDICADORES POR PROCESO</b>	
PROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
SUBPROCESO: VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES			
<b>EFICIENCIA</b>			
OBJETIVO: Establecer que el proceso se ejecute de acuerdo a las parámetros establecidos.			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE		FORMULA
P.1	Tiempo en asignar códigos de autorización		24H/Tiempo promedio asignación
P.2	Solicitudes devueltas por requisitos incompletos		Cantidad solicitudes devueltas/Solicitudes recibidas
<b>EFICACIA</b>			
OBJETIVO: Identificar las operaciones realizadas con éxito en un día			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE		FORMULA
R.1	Autorizaciones asignadas por día		Cantidad de solicitudes recibidas en el día/Cantidad códigos asignados en el día
<b>EFFECTIVIDAD</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE		FORMULA
<b>OTROS</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE		FORMULA
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>	
	1	ORIGINAL	
ELABORO:		REVISO:	APROBO:
CARGO:		CARGO:	CARGO:
FECHA:		FECHA:	FECHA:

**Tabla 17. Ficha técnica 1. Validación de Derechos y Autorizaciones.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES								
NOMBRE DEL INDICADOR: Tiempo en asignar códigos de autorización.								
OBJETIVO: Medir la oportunidad con la que se asignan los códigos de autorización.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div> <b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Establecer la oportunidad como criterio de gestión</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Tiempo estandar de entrega (24 horas)/Tiempo promedio de entrega								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Tiempo estandar entrega	Registro de radicados	SEMANAL	Horas/entrega	Coord. Autorizaciones				
VAR 2: Tiempo promedio entrega	Radicado notificaciones	SEMANAL	Horas/entrega	Coord. Autorizaciones				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> El análisis se realiza semanalmente por el coordinador de autorizaciones, verificando los registros de radicados y notificaciones.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan mayores niveles de eficiencia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>VARIABLE 2</b>								
<b>RESULTADO</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>META</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISO:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 18. ficha técnica 2. Indicador Validación de Derechos y Autorizaciones.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES								
NOMBRE DEL INDICADOR: Solicitudes devueltas por requisitos incompletos.								
OBJETIVO: Establecer frecuencia de incumplimiento de requisitos.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div> <b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Los requisitos son parte de la gestión del proceso.</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad solicitud de autorizaciones recibidas en el día/Cantidad de solicitudes devueltas en el día.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
NOMBRE DE LA VARIABLE		FUENTE	FRECUENCIA MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE			
VAR 1: Cantidad solicitudes recibidas día.		Registro de radicados	DIARIA	Número solicitudes	Coord. Autorizaciones			
VAR 2: Cantidad solicitudes devueltas día		Registro de devoluciones.	DIARIA	Número devoluciones	Coord. Autorizaciones			
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza diariamente por el funcionario de de autorizaciones, verificando los registros de radicados y devoluciones.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan mayores niveles de eficiencia.								
<b>RESULTADOS</b>								
PERIODO	1	2	3	4	5	6	7	8
VARIABLE 1								
VARIABLE 2								
RESULTADO	%	%	%	%	%	%	%	%
META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
FECHA MEDICION								
<b>OBSERVACIONES</b>								
FECHA	VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:			REVISO:			APROBO:		
CARGO:			CARGO:			CARGO:		
FECHA:			FECHA:			FECHA:		

**Tabla 19. Ficha técnica 3. Indicador Validación de Derechos y Autorizaciones.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: VALIDACION DE DERECHOS Y AUTORIZACIONES								
NOMBRE DEL INDICADOR: Autorizaciones asignadas por día.								
OBJETIVO: Identificar las operaciones realizadas con éxito en el día.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div> <b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Las operaciones realizadas son el resultado de la gestión</div> <b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad solicitud de autorizaciones recibidas en el día/Cantidad de autorizaciones asignadas en el día.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Cantidad solicitudes recibidas día.	Registro de radicados	DIARIA	Número solicitudes	Coord. Autorizaciones				
VAR 2: Cantidad autorizaciones asignadas día	Radicado notificaciones	DIARIA	Número autorizacio.	Coord. Autorizaciones				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza diariamente por el coordinador de autorizaciones, verificando los registros de radicados y notificaciones.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficacia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>								
<b>RESULTADO</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>META</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISOR:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 20. Inventario de Indicadores, Asignación de Citas**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>INVENTARIO DE INDICADORES POR PROCESO</b>	
PROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
SUBPROCESO: ASIGNACION DE CITAS			
<b>EFICIENCIA</b>			
OBJETIVO: Medir la oportunidad con la que se están cancelando o adelantando las citas a los pacientes.			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
P.1	Aviso oportuno de citas canceladas o adelantadas.	Número avisos de cancelaciones o adelantos de citas/Cantidad de citas programadas para cancelar o adelantar.	
<b>EFICACIA</b>			
OBJETIVO: Medir la oportunidad con la que se están asignando la citas a los pacientes diariamente.			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
R.1	Citas programadas diariamente	Número de citas asignadas en el día/Número de citas disponibles en el sistema en el día.	
<b>EFFECTIVIDAD</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>OTROS</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>	
	1	ORIGINAL	
ELABORO:		REVISO:	APROBO:
CARGO:		CARGO:	CARGO:
FECHA:		FECHA:	FECHA:

**Tabla 21. Ficha técnica 1. Indicador de Asignación de Citas.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: ASIGNACION DE CITAS								
NOMBRE DEL INDICADOR: Aviso oportuno de citas canceladas o adelantadas.								
OBJETIVO: Medir la oportunidad con la que se está dando aviso a los pacientes sobre cancelación o adelanto de citas.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div>								
<b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Se establece la oportunidad como criterio base para medir el desempeño de la gestión.</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad de citas canceladas / Cantidad de citas programadas para cancelación o adelanto.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Cantidad citas canceladas o adelantadas.	Reg.cancelación de citas.	SEMANAL	Número citas canceladas	Jefe consulta externa.				
VAR 2: Cantidad cita progradadas para cancelación o adelanto.	Notifica. Cancel. de citas.	SEMANAL	Número citas x cancelar	Jefe consulta externa.				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza semanalmente por el jefe de consulta externa, verificando los registros de cancelaciones y notificaciones de cancelaciones.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficiencia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>								
<b>RESULTADO</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>META</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISOR:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			



**Tabla 22. Ficha técnica 2. Indicador de Asignación de Citas.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: ASIGNACION DE CITAS								
NOMBRE DEL INDICADOR: Citas programadas diariamente.								
OBJETIVO: Medir la oportunidad con la que se están asignando las citas a los pacientes.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div> <b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Se determina la condición en los resultados de la gestión.</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad de citas programadas diariamente / Cantidad de citas disponibles en el sistema.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Cantidad citas programadas.	Sistema de información.	DIARIO	Número citas.	Coordinador servicio al cliente.				
VAR 2: Cantidad citas disponibles en el sistema.	Sistema de información.	DIARIO	Número citas.	Coordinador servicio al cliente.				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza diariamente por el Coordinador de servicio al cliente, verificando los registros emitidos por el sistema de información.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficacia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>								
<b>RESULTADO</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>META</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISOR:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 23. Inventario de Indicadores, Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>INVENTARIO DE INDICADORES POR PROCESO</b>	
<b>PROCESO: SERVICIO AL CLIENTE</b>			
<b>SUBPROCESO: GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.</b>			
<b>EFICIENCIA</b>			
<b>OBJETIVO:</b> Medir la gestión realizada ante las quejas y solicitudes de los clientes.			
<b>CODIGO INDICADOR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FORMULA</b>	
P.1	Quejas contestadas por los líderes de los servicios.	Cantidad de quejas contestadas por los líderes de servicios / Cantidad de quejas enviadas a los líderes de servicios .	
P.2	Tiempo de respuesta a las quejas.	3 (días) / Tiempo establecido para respuesta	
<b>EFICACIA</b>			
<b>OBJETIVO:</b> Determinar el cumplimiento ante las quejas y solicitudes de los clientes.			
<b>CODIGO INDICADOR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FORMULA</b>	
R.1	Quejas contestadas a los clientes y usuarios.	Cantidad de quejas recibidas / Cantidad de quejas contestadas.	
<b>EFFECTIVIDAD</b>			
<b>OBJETIVO:</b>			
<b>CODIGO INDICADOR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FORMULA</b>	
<b>OTROS</b>			
<b>OBJETIVO:</b>			
<b>CODIGO INDICADOR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FORMULA</b>	
<b>FECHA</b> <b>VERSION</b> <b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>			
	1	ORIGINAL	
ELABORO:		REVISOR:	APROBO:
CARGO:		CARGO:	CARGO:
FECHA:		FECHA:	FECHA:

**Tabla 24. Ficha Técnica 1. Indicador de Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.								
NOMBRE DEL INDICADOR: Quejas contestadas por los líderes de los servicios.								
OBJETIVO: Establecer la diligencia por parte de los servicios, ante la respuesta a las quejas y reclamos de los clientes.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div>								
<b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>La diligencia ante las quejas y reclamos es parte de la gestión del proceso.</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad de quejas con respuesta de líderes de los servicios / Cantidad de quejas entregadas a líderes de los servicios.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Cantidad de quejas con respuesta de los líderes de servi.	Reg. de quejas con respuesta.	SEMANAL	Número de quejas.	Líder PQRS				
VAR 2: Cantidad de quejas entregadas a los líderes de servi.	Reg. De quejas trasladadas.	SEMANAL	Número de quejas.	Líder PQRS				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza semanalmente por el Líder de PQRS, verificando los registros de quejas recibidas con respuesta y los registros de quejas enviadas para respuesta.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficiencia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>								
<b>RESULTADO</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>META</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISO:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 25. Ficha técnica 2. Indicador Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y sugerencias.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.								
NOMBRE DEL INDICADOR: Quejas contestadas a los clientes y usuarios.								
OBJETIVO: determinar el cumplimiento ante las quejas y solicitudes de los clientes.								
CATEGORIZACION DEL INDICADOR								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div>								
<b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>La atención y cumplimiento a las quejas establece el resultado de la gestión.</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad de quejas contestadas a los clientes o usuarios / Cantidad de quejas recibidas de los clientes o usuarios.								
DATOS DE LAS VARIABLES								
NOMBRE DE LA VARIABLE	FUENTE	FRECUENCIA MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE				
VAR 1: Cantidad de quejas contestadas a clientes.	Reg. respuesta de quejas.	MENSUAL	Número de respuestas a clientes	Líder PQRS				
VAR 2: Cantidad de quejas recibidas de clientes.	Reg. de quejas recibidas.	MENSUAL	Número de quejas.	Líder PQRS				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza mensualmente por el Líder de PQRS, verificando los registros de respuesta de quejas enviadas a clientes y los registros de quejas recibidas.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficacia.								
RESULTADOS								
PERIODO	1	2	3	4	5	6	7	8
VARIABLE 1								
VARIABLE 2								
RESULTADO	%	%	%	%	%	%	%	%
META	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FECHA MEDICION								
OBSERVACIONES								
FECHA	VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISO:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 26. Ficha técnica 3. Indicador Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
<b>SUBPROCESO ASOCIADO:</b> GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SOLITUDES.								
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Tiempo de respuesta a las quejas, reclamos y solicitudes trasladadas a los servicios.								
<b>OBJETIVO:</b> Medir la oportunidad de respuesta a las quejas, reclamos y solicitudes, por parte de los líderes de servicios.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<b>EFICIENCIA</b>			<b>EFICACIA</b>			<b>EFFECTIVIDAD</b>		
OTROS: (CUAL...)								
<b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> La oportunidad es base de medición para determinar el desempeño de la gestión.								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Tiempo de respuesta a la queja enviada al servicio / 3 (días) tiempo establecido para respuesta.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Tiempo respuesta a la queja enviada al servicio.	Reg. respuesta de quejas.	MENSUAL	Días	Líder PQRS				
VAR 2: Tiempo establecido para respuesta a las quejas (3 días)	Reg. respuesta de quejas.	MENSUAL	Días	Líder PQRS				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza mensualmente por el Líder de PQRS, verificando los registros de respuesta de quejas enviadas a los servicios.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo del indicador es 100%, donde los porcentajes inferiores reflejan mayores niveles de eficacia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>RESULTADO</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>META</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISOR:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 27. Inventario de Indicadores, Evaluación Satisfacción del Cliente**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>INVENTARIO DE INDICADORES POR PROCESO</b>	
PROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
SUBPROCESO: EVALUACION SATISFACCION DEL CLIENTE			
<b>EFICIENCIA</b>			
OBJETIVO: Establecer el nivel de gestión dado al proceso.			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
P.1	Evaluaciones de satisfacción del cliente aplicadas por servicio.	Cantidad de evaluaciones aplicadas por servicio/Cantidad de pacientes por servicio.	
<b>EFICACIA</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>EFFECTIVIDAD</b>			
OBJETIVO: Identificar la satisfacción del cliente frente a los servicios ofrecidos por la clínica.			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
I.1	Calificación asignada a los servicios por clientes y usuarios	Calificación asignada a los servicios / 5 calificación mayor.	
<b>OTROS</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>	
	1	ORIGINAL	
ELABORO:		REVISO:	APROBO:
CARGO:		CARGO:	CARGO:
FECHA:		FECHA:	FECHA:

**Tabla 28. Ficha técnica 1. Indicador Evaluación Satisfacción del Cliente.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: EVALUACION SATISFACCION DEL CLIENTE.								
NOMBRE DEL INDICADOR: Evaluaciones de satisfacción del cliente aplicadas por servicio.								
OBJETIVO: Establecer el nivel de gestión realizada para identificar la satisfacción del cliente.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div> <b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Se pretende establecer el nivel de diligencia en la gestión del proceso.</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b>								
Cantidad de evaluaciones aplicadas por servicio / cantidad de pacientes atendidos por servicio.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1:Evaluaciones aplicadas por servicio.	Tabulación de evaluaciones.	MENSUAL	Número de evaluaciones.	Coordinador servicio al cliente				
VAR 2:Pacientes atendidos por servicio.	Sistema de información.	MENSUAL	Número de pacientes.	Coordinador servicio al cliente				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> La evaluación se realiza mensualmente por el coordinador de servicio al cliente, verificando la tabulación de las evaluaciones del servicio y el registro de pacientes atendidos por servicio.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, los porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficiencia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>								
<b>RESULTADO</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>META</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISOR:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

**Tabla 29. Ficha técnica 2. Indicador Evaluación Satisfacción del Cliente.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: EVALUACION SATISFACCION DEL CLIENTE.								
NOMBRE DEL INDICADOR: Calificación asignada a los servicios por los clientes o usuarios.								
OBJETIVO: Identificar la satisfacción del cliente frente a los servicios ofrecidos por la clínica.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<input type="text" value="EFICIENCIA"/>			<input type="text" value="EFICACIA"/>			<input type="text" value="EFECTIVIDAD"/>		
OTROS: (CUAL...) <input type="text"/>								
<b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <input type="text" value="Se logra identificar el impacto de la gestión."/>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Calificación asignada a cada servición (1 - 5) / calificación mayor estandar (5).								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>RESPONSABLE</b>				
VAR 1: Calificación asignada a cada servicio (1-5).	Tabulación de evaluaciones.	MENSUAL	Calificación (1-5)	Coordinador servicio al cliente				
VAR 2: Calificación mayor estandar (5).	Calificación estandar.	MENSUAL	Calificación (5).	Coordinador servicio al cliente				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> el análisis se realiza mensualmente por el coordinador de servicio al cliente, verificando la tabulación de las evaluaciones del servicio.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo e ideal del indicador es 100%, los porcentajes inferiores reflejan menores niveles de eficacia.								
<b>RESULTADOS</b>								
<b>PERIODO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>VARIABLE 1</b>								
<b>VARIABLE 2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>RESULTADO</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>META</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>FECHA MEDICION</b>								
<b>OBSERVACIONES</b>								
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISO:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			



**Tabla 30. Inventario Indicadores. Validación de Derechos y Admisiones.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>INVENTARIO DE INDICADORES POR PROCESO</b>	
PROCESO: SERVICIO AL CLIENTE			
SUBPROCESO: VALIDACION DE DERECHOS Y ADMISIONES.			
<b>EFICIENCIA</b>			
OBJETIVO: Establecer el nivel de desempeño durante la gestión del proceso.			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
P.1	Errores en el ingreso de datos del paciente al sistema.	Cantidad de errores reportados / Cantidad de pacientes ingresados por admisiones.	
<b>EFICACIA</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>EFFECTIVIDAD</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>OTROS</b>			
OBJETIVO:			
CODIGO INDICADOR	NOMBRE	FORMULA	
<b>FECHA</b>	<b>VERSION</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>	
	1	ORIGINAL	
ELABORO:		REVISO:	APROBO:
CARGO:		CARGO:	CARGO:
FECHA:		FECHA:	FECHA:

**Tabla 31. Ficha técnica 1. Indicador Validación de Derechos y Admisiones.**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO-UNILIBRE</b>		<b>FICHA TECNICA INDICADOR</b>						
SUBPROCESO ASOCIADO: VALIDACION DE DERECHOS Y ADMISIONES.								
NOMBRE DEL INDICADOR: Errores en el ingreso de datos del paciente al sistema de información.								
OBJETIVO: Medir el nivel de desempeño durante la gestión del proceso.								
<b>CATEGORIZACION DEL INDICADOR</b>								
<div>EFICIENCIA</div>			<div>EFICACIA</div>			<div>EFFECTIVIDAD</div>		
OTROS: (CUAL...) <div></div>								
<b>ESPECIFIQUE EL CRITERIO POR EL CUAL CLASIFICO EL INDICADOR EN LA CATEGORIA SEÑALADA</b> <div>Se busca medir el desempeño durante la gestión</div>								
<b>COMO SE MIDE EL INDICADOR</b> Cantidad de errores reportados en datos del paciente en el sistema de información / cantidad de pacientes ingresados.								
<b>DATOS DE LAS VARIABLES</b>								
NOMBRE DE LA VARIABLE	FUENTE	FRECUENCIA MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE				
VAR 1:Errores en datos del paciente Sist.Información.	Reg. Error en datos paciente.	MENSUAL	número de errores	Coordinador servicio al cliente				
VAR 2:Cantidad de pacientes ingresados por admisiones.	Sistema de información	MENSUAL	número de pacientes	Coordinador servicio al cliente				
<b>MECANISMO, FRECUENCIA Y RESPONSABLE DE LA MEDICION:</b> el análisis se realiza mensualmente por el coordinador de servicio al cliente, verificando el registro de errores en el sistema reportados y el registro del sist. De info. Pacientes.								
<b>COMO SE INTERPRETA:</b> El porcentaje máximo del indicador es 100%, los porcentajes inferiores reflejan mayores niveles de niveles de eficiencia.								
<b>RESULTADOS</b>								
PERIODO	1	2	3	4	5	6	7	8
VARIABLE 1								
VARIABLE 2								
RESULTADO	%	%	%	%	%	%	%	%
META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
FECHA MEDICION								
<b>OBSERVACIONES</b>								
FECHA	VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO						
	1	ORIGINAL						
ELABORO:		REVISOR:			APROBO:			
CARGO:		CARGO:			CARGO:			
FECHA:		FECHA:			FECHA:			

## **5.1 CONTROL DEL PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME**

Se debe asegurar de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifique y controle para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto o servicio no conforme deben estar definidos en un procedimiento documentado, y tratarlo mediante las siguientes maneras:

- Definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada.
- Autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad competente y, cuando sea aplicable, por el cliente.
- Definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto<sup>42</sup>.

Se deben llevar registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido.

Con base en el anterior planteamiento, se propone llevar a cabo el tratamiento del producto o servicio No conforme del proceso de servicio al cliente, de acuerdo a los siguientes esquemas:

- Procedimiento para el tratamiento del producto o servicio No conforme.
- Formato tabla de requisitos de conformidad.
- Formato control del producto o servicio no conforme.

---

<sup>42</sup> Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004.

Tabla 32.: Procedimiento Producto No Conforme

<b>IPS CAPECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE URIBE</b> <b>UT COMFENALCO - UNILIBRE</b>	<b>LEVANTAMIENTO DE INFORMACION</b>  <b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>PAGINA:</b>
<b>PROCESO: ATENCION AL CLIENTE</b>		
<b>PROCEDIMIENTO: PRODUCTO NO CONFORME</b>		
<b>1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>OBJETIVO:</b> Establecer las medidas y responsabilidades para el tratamiento de los productos o servicios identificados como no conformes, así como las acciones a tomar para el control y la revisión de las soluciones planteadas, con el fin de prevenir el uso no intencionado de dichos productos o servicios.		
<b>ALCANCE:</b> Aplica para todos los subprocesos que hacen parte del proceso de atención al cliente de la Clínica Rafael Uribe Uribe. Inicia con la identificación de los criterios de No Conformidad y finaliza con el archivo de los registros del tratamiento dado al producto o servicio no conforme.		
<b>DEFINICIONES:</b>		
1. Producto o servicio no conforme: Entiéndase por producto o servicio no conforme aquel que incumple alguno o varios de los requisitos establecidos o acordados. 2. No conformidad: Incumpliendo de un requisito establecido en normas, procedimientos, especificaciones, reglamentos u otros documentos. 3. Control de la no conformidad: Acciones emprendidas respecto a una situación no conforme con el propósito de resolverla. 4. Producto o Servicio: Resultados de un proceso o conjunto de procesos. 5. Corrección: Acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada. NOTAS: Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. 6. Reproceso: Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos. NOTA: En el reproceso no se afecta ni se pueden cambiar partes del producto No Conforme. 7. Reparación: Acción tomada sobre un producto no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización previa. NOTAS: La reparación incluye las acciones reparadoras adoptadas sobre un producto previamente conforme para devolverle su aptitud al uso, por ejemplo, como parte del mantenimiento. Al contrario que el reproceso, la reparación puede afectar o cambiar partes del producto no conforme. 8. Reclasificación: Variación de la clase de un producto no conforme, de tal forma que sea conforme con requisitos que difieren de los iniciales. 9. Concesión: Autorización para utilizar un producto que no es conforme con los requisitos especificados. NOTA: Una concesión está generalmente limitada a la entrega de un producto que tiene características no conformes, dentro de límites definidos por un tiempo o una cantidad acordados. 10. Desecho: Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto. Ejemplo: Reciclaje, destrucción. NOTA: En el caso de un servicio, su uso se impide, no continuando el servicio. 11. Permiso de Desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto antes de su realización. NOTA: Un permiso de desviación se da generalmente para una cantidad limitada de producto o para un periodo de tiempo limitado y para un uso especificado. 12. Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso. 13. Acciones correctivas: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. 14. Acciones preventivas: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.		
<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA:</b>  Norma NTCGP 1000/2004  Procedimiento de Acciones Correctivas, Acciones Preventivas y de Mejora.		
<b>CONDICIONES GENERALES:</b>  1. El tratamiento del producto no conforme responde a la toma de acciones para eliminar la no conformidad detectada, entre las que se cuenta: PREPROCESO, REPARACIÓN, RECLASIFICACIÓN, CONCESIÓN, DESECHO Y DESVIACIÓN. 2. Si después de aplicar el tratamiento de producto o servicio no conforme, el problema persiste, se debe hacer un análisis de impacto y frecuencia con el fin de determinar la conveniencia de aplicar el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.		

IPS CAPRECOM		LEVANTAMIENTO DE INFORMACION		CODIGO:	
CLINICA RAFAEL URIBE URIBE		PROCEDIMIENTO		VERSION:	
UT COMFENALCO - UNILIBRE				PAGINA: 2 DE 4	
PROCESO: ATENCION AL CLIENTE					
PROCEDIMIENTO: PRODUCTO NO CONFORME					
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO					
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		SISTEMA DE INFORMACIÓN DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO	
1	Identificar requisitos de conformidad del producto o servicio	Los responsables del direccionamiento y/o la ejecución de los procesos deben definir los requisitos de conformidad de los productos o servicios a su cargo, así como de las acciones que se deben adelantar con el fin de corregir las diferencias (correcciones), que se puedan presentar en dichos productos o servicios, definiendo además la persona competente para determinar o autorizar tales acciones.	Todos los servicios.	Todos los integrantes del proceso.	Anexo 1. Formato de la tabla de requisitos de conformidad
					N/A
2	Identificar producto o servicio no conforme	Los responsables de la ejecución de los procesos, deben controlar el cumplimiento de los requisitos establecidos, identificando aquellos productos o servicios que no cumplen con el fin de evitar su entrega final o uso no intencional por parte de los usuarios.	Todos los servicios.	Todos los integrantes del proceso.	Anexo 2. Formato del control del producto o servicio no conforme
					N/A

IPS CAPECOM CLINICA RAFAEL URIBE URIBE UT COMFENALCO - UNILIBRE		LEVANTAMIENTO DE INFORMACION PROCEDIMIENTO			CODIGO: VERSION: PAGINA: 3 de 4	
PROCESO: ATENCION AL CLIENTE						
PROCEDIMIENTO: PRODUCTO NO CONFORME						
3	Analizar y definir tratamiento	La persona definida como competente para autorizar o determinar las correcciones, debe analizar la situación particular presentada y definir el tratamiento adecuado, de acuerdo con lo establecido en el Formato tabla de requisitos de conformidad.	Servicio al cliente	Auxiliar Administrativo Líder de PQRS.	Anexo 2. Formato control del producto o servicio conforme	N/A
4	Registrar tratamiento.	La no conformidad presentada así como el tratamiento dado, deben registrarse en el Formato correspondiente.	Servicio al cliente	Auxiliar Administrativo Líder de PQRS.	Anexo 2. Formato control del producto o servicio conforme	N/A
5	Analizar y determinar acciones correctivas	Si después de aplicar el tratamiento de producto o servicio no conforme, el problema persiste, se debe hacer un análisis de impacto y frecuencia con el fin de determinar la conveniencia de aplicar el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Servicio al cliente y Área dueña del proceso responsable de la No Conformidad	Auxiliar Administrativo Líder de PQRS y líder del proceso responsable de la No Conformidad.	Anexo 1. Formato de Acciones Correctivas y Preventivas.	N/A
6	Verificar efectividad del tratamiento.	La persona competente para autorizar o determinar las correcciones, debe verificar el producto o servicio al cual se le aplicó el tratamiento descrito, con el fin de demostrar su conformidad con los requisitos establecidos.	Servicio al Cliente.	Auxiliar Administrativo Líder de PQRS.	Anexo 2. Formato control del producto o servicio conforme.	N/A

IPS CAPECOM		LEVANTAMIENTO DE INFORMACION		CODIGO:
CLINICA RAFAEL URIBE URIBE		PROCEDIMIENTO		VERSION:
UT CONFENALCO - UUILBRE				PAGINA: 4 de 4
PROCESO: ATENCIÓN AL CLIENTE				
PROCEDIMIENTO: PRODUCTO NO CONFORME				
	La persona competente debe verificar periódicamente la frecuencia con la que se han presentado los diferentes productos o servicios no conformes durante un periodo definido previamente por el responsable del proceso. A aquellos que tengan una ocurrencia alta se les debe determinar el impacto con el fin de disponer su		Anexo 2. Formato control del producto o servicio no conforme.	
7	Determinación de la frecuencia de la No conformidad.	No procedimiento de acciones correctivas y preventivas.	Auxiliar Administrativo Líder de PQRS.	Anexo 1. Formato de Acciones Correctivas y Preventivas
8	Archivar registros.	De todos los registros generados durante la ejecución de este procedimiento se debe mantener archivo, fácilmente recuperable.	Servicio al Cliente.	Auxiliar Administrativo Líder de PQRS.
FECHA	VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO		
	1	ORIGINAL		
ELABORO:	REVISO:	APROBO:		
CARGO:	CARGO:	CARGO:		
FECHA:	FECHA:	FECHA:		

**Tabla 33. Formato tabla de Requisitos de Conformidad.**

IPS Caprecom Clinica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco Valle-UNILIBRE	<b>FORMATO TABLA DE REQUISITOS DE CONFORMIDAD</b>		Código:
			Versión:
			Página: 1 de 1
PRODUCTO O SERVICIO	REQUISITO DE CONFORMIDAD	CORRECCION EN CASO DE INCUMPLIMIENTO	COMPETENTE PARA AUTORIZAR O DETERMINAR LA CORRECCIÓN





Tabla 35. Procedimiento Acciones correctivas, Acciones Preventivas y de Mejora.

IPS CAPECOM		LEVANTAMIENTO INFORMACION DE PROCEDIMIENTOS		CODIGO:
CLINICA RAFAEL URIBE URIBE		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		VERSION:
UT CONFENALCO - UNILIBRE				PAGINA 1 de 3

PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE	
1. INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO	
OBJETIVO: Definir acciones o actividades requeridas para identificar, analizar y eliminar las causas de las no conformidades reales, potenciales dentro del proceso de servicio al cliente, con el fin de prevenir que estas situaciones se presenten de nuevo o que se puedan presentar en el futuro. Así mismo, para la identificación de oportunidades de mejora de los procesos o servicios	
ALCANCE: Este procedimiento comprende las acciones emprendidas para la mejora. Para el análisis, determinación de causas, la evaluación, la implantación del plan de acción y el seguimiento de las no conformidades reales o potenciales para evitar su ocurrencia o repetición. Aplica para todos los subprocesos de servicio al cliente	
DEFINICIONES:	
1. <b>Acción Correctiva:</b> Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.	
2. <b>Acción Preventiva:</b> Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.	
3. <b>Oportunidad o acción de Mejora:</b> Son aquellas que se toman para agilitar o maximizar un proceso, es decir, no parten de ninguna no conformidad real o potencial.	
4. <b>No conformidad:</b> Incumpliendo de un requisito establecido en normas, procedimientos, especificaciones, reglamentos u otros documentos.	
DOCUMENTOS DE REFERENCIA:	
Norma NTGP 1000/2004	
CONDICIONES GENERALES:	
1. Las principales fuentes de No conformidades son:	
* Análisis de datos (Indicadores de Gestión).	
* Producto o servicio no conforme.	
* Resultados de las revisiones por la dirección.	
* Medición y control de procesos.	
* Quejas y reclamos.	
* Sugerencia de mejoramiento de servidores y usuarios (Buen Trámite).	
* Evaluaciones de satisfacción del cliente.	
* Gestión de riesgos.	
2. El registro de las acciones correctivas y preventivas se hace en el Anexo 1. FORMATO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	
3. El registro de las oportunidades de mejora se hace en el Anexo 2. FORMATO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	

5.2 MEJORA CONTINUA

LEVANTAMIENTO INFORMACION DE PROCEDIMIENTOS						CODIGO:
PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORA						VERSION:
						PAGINA
						2 de 3
PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE						
2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
1	Identificar tipo de acción	Clasifique el Tipo de no conformidad con el fin de determinar el tipo de acción a realizar. No Conformidad Real, procede una Acción Correctiva. No Conformidad Potencial, procede una Acción Preventiva. Cuando se trate de una Acción de Mejora registre las actividades a ejecutar en el formato establecido para tal fin.	Proceso de servicio al cliente.	Auxiliar administrativo atención PQRS.	Formatos acciones correctivas y preventivas. Formatos acciones de mejora.	N/A.
2	Identificar la fuente de no conformidad	Identifique la fuente de la que procede la no conformidad, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales del procedimiento	Proceso de servicio al cliente.	Auxiliar administrativo atención PQRS.	Formatos acciones correctivas y preventivas.	N/A.
3	Describir la No conformidad	Describa la no conformidad en forma clara, sencilla y concreta, asociándola siempre al incumplimiento de un requisito y donde fue detectado. Firme y entregue el reporte al jefe de servicio al cliente, quien asignará el número consecutivo, respectivo.	Proceso de servicio al cliente.	Auxiliar administrativo atención PQRS. Jefe servicio al cliente.	Formatos acciones correctivas y preventivas.	N/A.
4	Identificar las causas de las No Conformidades.	El jefe de servicio al cliente envía la no conformidad al jefe del servicio afectado, con el fin de realizar sesión de trabajo con un equipo de colaboradores designados, en la cual se identifiquen las causas de la no conformidad, real o potencial, utilizando para ello alguna (s) de la (s) herramientas para mejora Continua.	Todos los servicios.	Jefe se servicio al cliente, líderes de servicios, equipo de colaboradores designados.	Formatos acciones correctivas y preventivas.	N/A.
5	Definir las acciones a tomar	El Equipo de colaboradores designados, con la orientación y acompañamiento del líder del proceso, deben establecer las actividades a realizar, con el fin de eliminar la causa raíz del problema (real o potencial) especificando responsables y fechas de implementación, esto es, elaborando un Plan de Acción	Todos los servicios	Líderes de servicios, equipo de colaboradores designados.	Formatos acciones correctivas y preventivas.	N/A.

<b>LEVANTAMIENTO INFORMACION DE PROCEDIMIENTOS</b>					CODIGO:	
<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>					VERSION:	
					PAGINA	
					3 de 3	
<b>PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE</b>						
<b>2. INFORMACION ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO</b>						
ID	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE		REGISTROS	SISTEMAS DE INFORMACION DE APOYO
			DEPENDENCIA	CARGO		
6	Realizar seguimiento del Plan de Acción o en el Plan de Acción o de mejoramiento de Mejoramiento	El Líder del proceso debe realizar el seguimiento a la implementación de las acciones previamente definidas	Todos los servicios	Líderes de servicios.	Formato Acciones Correctivas y Preventivas Formato Oportunidades de Mejora. Código:	N/A.
7	Efectuar cierre de la No conformidad	Para realizar el cierre de la no conformidad, debe verificarse que la acción tomada fue eficaz, de manera tal que haya vuelto a presentarse la No conformidad.	Todos los servicios	Líderes de servicios.	Formato Acciones Correctivas y Preventivas.	N/A.
8	Realizar seguimiento consolidado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora implementadas.	El Jefe de servicio al cliente debe realizar seguimiento periódico a la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Servicio al cliente	Jefe de servicio al cliente.	Consolidado de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	N/A.
FECHA		VERSION		DESCRIPCION DEL CAMBIO		
		1		ORIGINAL		
ELABORO:				APPROBO:		
CARGO:				CARGO:		
FECHA:				FECHA:		



<b>IPS CAPRECOM</b> <b>CLINICA RAFAEL URIBE</b> <b>URIBE</b> <b>UT COMFENALCO -</b> <b>UNILIBRE</b>	<b>Tabla 36. Formato de Acciones</b> <b>Correctivas y Preventivas</b>	Código:
		Versión:
		Página 2 de 2

6. PLAN DE LAS ACCIONES A TOMAR					
No	DESCRIPCIÓN	IMPLEMENTACIÓN			
		RESPONSABLE	FECHA		

7. SEGUIMIENTO DEL PLAN					
No	ACTIVIDAD	FECHA	EJECUTADA	EN EJECUCIÓN	SIN EJECUTAR

¿LA ACCIÓN TOMADA FUE EFICAZ?      ☐ SI    ☐ NO

¿SE CIERRA LA NO CONFORMIDAD?      ☐ SI    ☐ NO

OBSERVACIONES:

---

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN HACE EL SEGUIMIENTO**

<b>IPS CAPRECOM</b> <b>Clinica Rafael Uribe Uribe</b> <b>UT COMFENALCO-</b> <b>UNILIBRE</b>	<b>Tabla 37. Formato De</b> <b>Oportunidades De Mejora</b>	Código:
		Versión:
		Página 39 de 1

<b>PROCESO:</b>		<b>FECHA</b>	<b>CONSECUTIVO No.</b>		
<b>DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA</b>					
<b>BENEFICIOS</b>					
<b>PLAN DE TRABAJO</b>					
<b>No</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>		<b>FECHA</b>	
<b>SEGUIMIENTO DEL PLAN</b>					
<b>No</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA</b>	<b>EJECUTADA</b>	<b>EN EJECUCIÓN</b>	<b>SIN EJECUTAR</b>
	<b>OBSERVACIONES:</b>  <hr/> <b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN HACE EL SEGUIMIENTO</b>				





## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 CONCLUSIONES**

- A partir de la descripción del proceso, se evidenció la falta de estandarización en los diferentes procedimientos que intervienen en él, lo cual genera ambigüedad en responsabilidades y errores de comunicación y procedimientos.
- Mediante la identificación de las necesidades y expectativas del cliente externo a través de encuesta cuantitativa, se logró identificar falencias en la atención al cliente, en los tiempos de espera y en la oportunidad de la atención; lo cual permite diseñar una serie de propuestas orientadas a plantear acciones de mejora. Con la encuesta de tipo cualitativo dirigida al cliente interno, se confirmó la falta de estandarización en los subprocesos, ya que para algunos involucrados no son claros los requerimientos, los procedimientos, ni los responsables de las actividades.
- Con la caracterización planteada se estableció la estandarización a los diferentes procedimientos, lo cual permitió formalizar y documentar todos los elementos que intervienen en los procedimientos y actividades del proceso. La propuesta de ésta caracterización es basada en la satisfacción y cumplimiento de necesidades y expectativas del cliente interno y externo.
- Con la creación de mecanismos para la medición, análisis y mejora del proceso, se obtiene el sostenimiento del sistema de gestión por procesos aplicado al servicio al cliente, lo cual permite el desempeño de la organización bajo unos parámetros de calidad.

- Se estableció que las organizaciones administradas sin un enfoque hacia el servicio al cliente tienden a quedar obsoletas y corren el riesgo de una fuga excesiva de clientes. Contrario a las empresas vanguardistas, las cuales mediante la implementación de un sistema de gestión de calidad logran ser competitivas en un mercado cada vez más exigente.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda diseñar un programa de capacitaciones y entrenamiento durante el año, dirigido a todo el personal de la clínica, con el fin de generar una cultura orientada al cliente.
- Se propone implementar el mecanismo de turneros electrónicos, con el objetivo de agilizar la asignación de citas presenciales.
- Se sugiere la conformación de un comité de calidad con los colaboradores del proceso de servicio al cliente, en busca de análisis, propuesta y tratamiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Se propone la implementación de un sistema de gestión de calidad que involucre todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali.
- Implementar el servicio post-egreso, mediante el cual se identificará el estado y condición del paciente después del egreso. Lo anterior con el fin de superar las expectativas del cliente, y establecer una fidelización del mismo.

- Instalar avisos, señalización u otros medios informativos que indiquen y permitan a los clientes, pacientes o usuarios ubicar fácilmente el lugar al cual se dirigen.
- Delimitar con claridad las funciones y responsabilidades de los dos puntos asignados para atención de autorizaciones. Así como la debida señalización, con el fin de evitar confusión en los clientes, y ambigüedad en las responsabilidades de las actividades realizadas por los funcionarios de estas áreas.
- Se recomienda que las personas encargadas de los diferentes subprocesos que conforman el proceso de servicio al cliente, sean capacitadas y entrenadas conforme a los requerimientos técnicos de los diferentes cargos; ya que para estos, se requieren competencias específicas para desarrollar todas las actividades con éxito. Especialmente aquellas que están orientadas a la satisfacción del Cliente.
- Diseñar planes de acción para disminuir los tiempos de respuesta a quejas que deben emitir los líderes de los servicios, ya que el subproceso de PQRS debe esperar entre 8 y 15 días para recibir respuesta de los No Conformes que previamente se han enviado a los servicios sobre los cuales recaen las quejas, teniendo en cuenta que está establecido que la contestación debe darse dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción de la queja, reclamo o sugerencia. Esta demora ocasiona una morosidad en la carta explicativa que debe enviarse al paciente o usuario de los diferentes servicios de la CRUU.
- Replantear o rediseñar la actividad de evaluación de servicio al cliente, ya que no se le otorga el tratamiento adecuado, puesto que no tiene

establecido los responsables directos de la misma, además no tiene señalada la frecuencia con la cual debe realizarse, igualmente no se le da la relevancia necesaria a los resultados obtenidos de la misma.

- Implementar acciones correctivas o de mejora según sea el caso, con el fin de dar solución a la dificultad por parte de los clientes para realizar solicitud de citas vía telefónica, ya que este tipo de servicio es una de las herramientas que la organización ha implementado para ahorrarle tiempo y molestias al cliente externo.
- El grupo de estudiantes encargado de ésta investigación, visitó la EPS SOS de COMFANDI de la ciudad de Palmira, donde logró evidenciar que ésta EPS posee una sala de espera en el área de citas, la cual se encuentra dotada de un Televisor, 40 sillas. Además, cuentan con un sistema de turnos digitales, el cual consiste en una máquina que provee mediante un pequeño papel el número de turno asignado, y en la parte superior de la sala aparece una pantalla indicando el número de turno que será atendido. Este mecanismo es muy apropiado para el caso de asignación de citas y en general para aquellos servicios que requieran esperar para ser atendidos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Cámison, C. Cruz, S y González, T, La gestión de la calidad por procesos, Ed. Pearson Educación, España., 2006.

Cantú Humberto, Desarrollo de una Cultura de Calidad, Segunda Edición, McGraw Hill, 2001.

Charvet Varela, Luís Eduardo y García, Juan Carlos. Plan Estratégico de servicio al cliente para la Empresa de Energía del Pacífico EPSA S.A. ESP. Palmira, 2004, Trabajo de grado (Administración de empresas). Universidad del Valle sede Palmira. Facultad de ciencias de la Administración.

Chiavenato Idalberto, Introducción a la Teoría General de la Administración, McGraw-Hill, Colombia, 7ª Edición, 2006.

Cobra, Marcos, Marketing de Servicios, McGraw-Hill, Colombia, 2ª. Edición, 2000.

Cuellar Bermúdez, Ulises, Oviedo Arévalo, Olga y Vargas Espitia, Patricia. Habilidades sociales en la situación de atención al cliente en una institución de salud de la ciudad de Cali. Cali, 1998, trabajo de grado (Psicología). Universidad del Valle sede Meléndez. Escuela de Psicología.

Díaz, M., Luís Alberto. Nuestra Cali, Editorial Atenas, Cali, Colombia, 2005

Doronsoro Borrero, Ángela Maria. Perfil de competencias en los ejecutivos de atención al cliente para el manejo adecuado de los momentos de verdad. Cali, 2000, trabajo de grado (Psicología). Universidad del Valle sede Meléndez. Escuela de Psicología.

Guía básica para documentar caracterización de procesos y procedimientos. Universidad Nacional de Colombia.

Harrington, H. James, Mejoramiento de los procesos de la empresa, Ed. McGraw-Hill, ISBN 958-600-168-7, México, México, 1993.

Hernández, S. Roberto, Fernández C. Carlos y Baptista L. Pilar, Metodología de la investigación, Ed. McGraw-Hill, Tercera edición, ISBN 970-10-3632-8, México, México, 2003.

Kaplan, S. Roberts y Norton, P. David, Mapas estratégicos, Cómo convertir los activos intangibles en resultados tangibles, Ediciones Gestión 2000, ISBN 84-8088-486-X, Barcelona, España, 2004.

Morera Delgado, Mercedes. La gestión por procesos en las instituciones de información. La Habana Cuba, 2006, Ebsco (base de datos en línea).

Norma Icontec 1487 del 27 de Febrero de 2008, Citas y notas de pié de Página.

Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004.

República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2309 de 2002. Manual de estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá: Minsalud. 2002.

[www.aiteco.com/indicador.thm](http://www.aiteco.com/indicador.thm). Carreto, Julio. Cómo construir indicadores de gestión.

[www.caprecom.gov.co/contratos/docscontratos/resolucion\\_adjudicacion\\_989](http://www.caprecom.gov.co/contratos/docscontratos/resolucion_adjudicacion_989)

[www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/decretos/2008/](http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/decretos/2008/)

[www.iss.gov.co/portal/normas/leyes/L-090-](http://www.iss.gov.co/portal/normas/leyes/L-090-)

[www.presidencia.gov.co/prensa\\_new/decretoslinea/2003/junio/26/dec175026](http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2003/junio/26/dec175026)

**Anexo 1. Descripción de cargos.**

<b>DESCRIPCION DE CARGOS</b>	
FECHA: _____	
NOMBRE Y APELLIDO: _____	
TITULO DEL PUESTO: _____ CARGO: _____	
AREA: _____ JEFE INMEDIATO: _____	
INFORMA ADEMÁS A: _____ PARA: _____	
SECCION A SU CARGO: _____	
PUESTOS BAJO SU MANDO: _____	
<b>CONTACTOS PERMANENTES CON:</b>	
<b>PERSONAL INTERNO / CLIENTE INTERNO</b>	<b>PERSONAL EXTERNO / CLIENTE EXTERNO</b>
PARA: _____	PARA: _____
<b>QUE RECIBE?</b>	<b>QUE ENTREGA?</b>
<b>DESCRIPCION GENERAL DEL CARGO: (Misión: Qué, sobre que actua, guia (políticas), resultado)</b>	
Objetivo del cargo: _____	
En que consiste el trabajo: _____	
Que funciones realiza: _____	
<b>DESCRIPCION ESPECIFICA:</b>	
Relacione cada una de las actividades que realiza, especificando la frecuencia ( diarias, periodicas y eventuales)	
Actividad 1. QUE: _____	
COMO: _____	
POR QUE: _____	
CUANDO: _____	
CON QUE: _____	
DONDE: _____	

**Actividad 2. QUE:** \_\_\_\_\_

**COMO:** \_\_\_\_\_

**POR QUE:** \_\_\_\_\_

**CUANDO:** \_\_\_\_\_

**CON QUE:** \_\_\_\_\_

**DONDE:** \_\_\_\_\_

De ser requerido puede hacer uso de otra hoja para continuar con la relacion, siempre y cuando conserve el anterior esquema

**¿Cuales son las tareas o actividades que considera más importantes en su puesto?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Qué equipos y/o herramientas ( software) debe utilizar en su puesto de trabajo?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cuales son los errores mas frecuentes en el desempeño de ese puesto?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Señale las causas por las cuales ocurren esos errores?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mencione las funciones del cargo que requieren mayor cuidado y atención, indique por qué?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERFIL DE CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS (Formación básica, conocimientos específicos y experiencia)**

**ESTUDIOS SUPERIORES:**

**Técnicos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tecnológicos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Profesionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Especializaciones y otros:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SISTEMAS DE OFICINA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO	NINGUNO
Excell				
Word				
Power Point				
Correo Electrónico				
Internet				
Otro (cuál?)				

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo 2. Encuesta dirigida al Cliente Externo. Pág. 1 de 2

Estudiantes de la Universidad del Valle, mediante esta encuesta buscan obtener información necesaria para el desarrollo del trabajo de investigación sobre servicio al cliente en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali. La aplicación de ésta, se realizará teniendo en cuenta todos los estratos y géneros; para lograr el objetivo, se han establecido una serie de preguntas de fácil entendimiento. Esta encuesta es anónima. Contestarla le llevará 5 minutos. Le agradecemos por su tiempo.

Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, valore del 1 al 10 donde 1 es "inaceptable" y 10 es "Excelente" su Impresión global de la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali.**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impresión general de la Clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En una escala del 1 al 10, donde 1 es "inaceptable" y 10 es "Excelente" por favor, valore los siguientes aspectos sobre la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali: (Aplica para las preguntas del numeral 1 hasta el 4).

### 1. RECEPCIÓN:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidad de contacto telefónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención telefónica (amabilidad, Interés, cortesía etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención personalizada de Recepcionista (actitud, orientación, disponibilidad, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precisión y claridad de la información suministrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2. SOLICITUD DE CITAS VIA TELEFONICA:

2.1 ¿Conoce usted sobre la asignación de citas vía telefónica?

☐ Sí ☐ No

2.2 ¿Hace usted uso de este tipo de asignación de citas?

☒ Sí ☐ No

Si su respuesta a esta pregunta es **No**, por favor pase al punto 3.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidad de contacto telefónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención telefónica (amabilidad, cortesía, precisión en la información etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. SOLICITUD PRESENCIAL DE CITAS (POR VENTANILLA):

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiempo de espera en la solicitud de la cita (fila).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad de la fecha y hora de citación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo de espera desde petición de cita hasta la consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud, amabilidad y disponibilidad de la persona que da la cita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precisión y claridad de la información sobre la cita asignada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. INSTALACIONES:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilidad para hallar la ventanilla de solicitud de citas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidad para estacionamiento (parqueo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Señalización para orientación y ubicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comodidad de la sala de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 5. ¿Qué le gustaría que mejorará en la asignación de citas?

---

### 6. ¿Qué le gustaría que mejorará en la recepción?

---

**Anexo 3. Procesamiento de datos encuesta cliente externo. Pág. 1 de 2.**

**Figura 11. Atención Telefónica (Amabilidad, Interés, Cortesía)**

MALO:	39
REGULAR:	10
BUENO:	8
EXCELENTE:	13
NC:	9
Total encuestas:	79

Análisis porcentual:

MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	NC
23%	18%	18%	37%	5%

**Figura 12. Facilidad de Contacto Telefónico para solicitud de citas**

MALO:	39
REGULAR:	10
BUENO:	8
EXCELENTE:	13
NC:	9
Total encuestas:	79

Análisis porcentual:

MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	NC
49%	13%	10%	16%	11%

**Figura 13. Tiempo de espera en la solicitud de la cita**

MALO:	27
REGULAR:	22
BUENO:	17
EXCELENTE:	13
Total encuestas:	79

Análisis porcentual:

MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
34%	28%	22%	16%

**Anexo 3. Procesamiento de datos encuesta cliente externo. Pág. 2 de 2.**

**Figura 14. Aviso sobre adelanto o cancelación de la cita médica.**

MALO: 32  
REGULAR: 7  
BUENO: 18  
EXCELENTE: 22  
Total encuestas: 79

Análisis porcentual:

MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	NC
41%	9%	23%	28%	0%

**Figura 15. Señalización para orientación y ubicación.**

MALO: 32  
REGULAR: 12  
BUENO: 13  
EXCELENTE: 22  
Total encuestas: 79

Análisis porcentual:

MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
41%	15%	16%	28%

**Figura 16. ¿Conoce Usted sobre la asignación de citas vía telefónica?**

SI	NO	NC
52	22	5

Análisis porcentual:

<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>66%</b>	<b>44%</b>

## Anexo 4. Encuesta dirigida al Cliente Interno

Estudiantes de la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad del Valle, le agradecen el diligenciamiento del siguiente cuestionario; el cual tiene como fin obtener información relevante para efectos investigativos que conlleven a la identificación de posibles aspectos de mejora en el proceso de servicio al cliente.

Fecha:\_\_\_\_\_Nombre:\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_Servicio:\_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIONES:**

Cargo del responsable de solicitar autorizaciones en el servicio:\_\_\_\_\_

1. Que tipo de autorizaciones solicita:

Hospitalización\_\_\_ Procedimientos \_\_\_ Exámenes\_\_\_ Cirugía\_\_\_ Otros, Cual\_\_\_\_\_

2. Que recibe (requisito) para realizar solicitud de

autorización:\_\_\_\_\_

3. De quien recibe:

Médico \_\_\_ Residente \_\_\_ Interno \_\_\_ Estudiante \_\_\_ Secretaria \_\_\_ otro, cual:\_\_\_\_\_

4. Que debe hacer para realizar la solicitud:\_\_\_\_\_

5. A quien le entrega:

Patinador\_\_\_ Secretaria \_\_\_ funcionario de autoriza.\_\_\_\_ Médico \_\_\_ otro, cual\_\_\_\_\_

6. Al cuanto tiempo recibe respuesta:\_\_\_\_\_

7. Califique el tiempo de respuesta a las solicitudes de autorizaciones:

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

8. Califique en general el servicio ofrecido por autorizaciones:

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

9. Cómo es el flujo de comunicación con la persona encargada de autorizaciones:

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

10. Como es la actitud, disponibilidad y trato por parte de los funcionarios de autorizaciones:

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

11. Si la calificación del punto anterior fue regular o mala, argumente:

---

12. Cuales considera usted podrían ser los aspectos a mejorar en el servicio de autorizaciones: \_\_\_\_\_

**ADMISIONES:**

13. Califique el servicio ofrecido por Admisiones:

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

14. Como es la comunicación y trato por parte de los funcionarios de admisiones:

Excelente\_\_\_ Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

15. ¿Considera usted que el proceso de admisiones tiene falencias en la prestación del servicio?

Si \_\_\_ No \_\_\_ Porqué: \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE SATISFACCION:**

16. En el servicio para el que usted labora, cada cuanto se realiza encuesta de satisfacción del cliente?

Diario\_\_\_ Semanal \_\_\_ Quincenal \_\_\_ Mensual \_\_\_ No se realiza\_\_\_ No sabe\_\_\_

17. Quien es la persona responsable de esta labor en su servicio?

Cargo: \_\_\_\_\_

18. Sabe usted quien es el encargado de recibir y procesar la información obtenida en la Encuesta de satisfacción del cliente en la Clínica?

Si \_\_\_\_\_ Nombre o cargo: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19. Considera importante la realización de encuestas de satisfacción del cliente en su servicio?

Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Porqué: \_\_\_\_\_

Gracias.....

## **Anexo 5. Procesamiento de datos encuesta dirigida al cliente interno.**

**Pág. 1 de 2.**

**Figura 17. Al cuanto tiempo recibe respuesta de autorizaciones**

HASTA 1 DIA	0
ENTRE 1 Y 2 DIAS	16
MAS DE 2 DIAS	4
Total encuestas:	20

**Figura 18. Califique el tiempo de respuesta a las solicitudes de autorizaciones, califique en general el servicio ofrecido por autorizaciones, cómo es el flujo de comunicación con la persona encargada de autorizaciones, cómo es la actitud, disponibilidad y trato por parte de los funcionarios de autorizaciones.**

PREGUNTA 7	EXCELENTE	4
	BUENO	12
	REGULAR	2
	MALO	2
PREGUNTA 8	EXCELENTE	5
	BUENO	11
	REGULAR	4
	MALO	0
PREGUNTA 9	EXCELENTE	9
	BUENO	9
	REGULAR	2
	MALO	0
PREGUNTA 10	EXCELENTE	9
	BUENO	9
	REGULAR	2
	MALO	0

**Figura 19. En el servicio para el que usted labora, ¿cada cuanto se realiza encuesta de satisfacción del cliente?**

DIARIO	6
SEMANAL	1
QUINCENAL	1
MENSUAL	1
NO SE REALIZA	4
NO SABE	7

**Anexo 5. Procesamiento de datos encuesta cliente interno. Pág. 2 de 2.**

**Figura 20. ¿Quién es la persona responsable de realizar la encuesta de satisfacción del cliente?**

NO SABEN	9
SECRETARIA	9
OTROS	2

**Figura 21. ¿Sabe usted quién es el encargado de recibir y procesar la información obtenida en la encuesta de satisfacción del cliente?**

SI	6
NO	14

**Figura 22. ¿Qué recibe (requisito) para realizar solicitud de autorización?**

Cumplen con requisitos	14
No cumplen con requisitos	6



**Anexo 6. Propuesta de formato para Solicitud de autorizaciones.**

IPS CAPRECOM CLINICA RAFAEL URIBE URIBE UT COMFENALCO VALLE - UNILIBRE SOLICITUD DE AUTORIZACION					
Fecha de solicitud:		Hora de solicitud:		servicio que solicita:	
Nombre del paciente:				Tipo Doc. Identidad:	CC.:__ T.I.:__ R.C:__ NUIP:__
No. Doc. Identidad:				GENERO: F ____ M ____	CAMA:
Edad:		No. de Admisión:		Aseguradora:	
<b>TIPO DE AUTORIZACION A SOLICITAR</b>					
Hospitalización:	Cirugía:		Examen:		Ambulancia:
Procedimiento:	Adición de estancia:		Remisión:		Otro, cual:
NOMBRE DE LA CIRUGIA, EXAMEN, PROCEDIMIENTO O SERVICIO A SOLICITAR					
					CODIGO
<b>DIAGNOSTICO</b>					
					CODIGO
Firma solicitante		Firma, fecha y hora quien recibe		Número autorización asignado, fecha y hora.	

IPS CAPRECOM CLINICA RAFAEL URIBE URIBE UT COMFENALCO VALLE - UNILIBRE SOLICITUD DE AUTORIZACION					
Fecha de solicitud:		Hora de solicitud:		servicio que solicita:	
Nombre del paciente:				Tipo Doc. Identidad:	CC.:__ T.I.:__ R.C:__ NUIP:__
No. Doc. Identidad:				GENERO: F ____ M ____	CAMA:
Edad:		No. de Admisión:		Aseguradora:	
<b>TIPO DE AUTORIZACION A SOLICITAR</b>					
Hospitalización:	Cirugía:		Examen:		Ambulancia:
Procedimiento:	Adición de estancia:		Remisión:		Otro, cual:
NOMBRE DE LA CIRUGIA, EXAMEN, PROCEDIMIENTO O SERVICIO A SOLICITAR					
					CODIGO
<b>DIAGNOSTICO</b>					
					CODIGO
Firma solicitante		Firma, fecha y hora quien recibe		Número autorización asignado, fecha y hora.	

**Anexo 7. Propuesta de formato para notificación de autorizaciones asignadas.**

IPS CAPRECOM Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco - UNILIBRE		NOTIFICACION DE AUTORIZACION ASIGNADA PARA SERVICIOS (Documento para Archivo)	
Nombre del paciente:		Doc. Ident.:	
Nombre del servicio solicitado:		CAMA:	
Nombre del servicio autorizado:		Código de autorización:	
INFORMACION E INDICACIONES DEL SERVICIO AUTORIZADO			
Proveedor del servicio:		Aseguradora que autoriza:	
Dia y fecha de la cita:		Hora de la cita:	
Proveedoeer ambulacia:		Hora de traslado:	
Preparación y Recomendaciones para la prestación del servicio			
Fecha y hora Notificación:		Responsable:	
Nombre, Fecha y hora de recibido:		Firma:	

IPS CAPRECOM Clínica Rafael Uribe Uribe UT Comfenalco - UNILIBRE		NOTIFICACION DE AUTORIZACION ASIGNADA PARA SERVICIOS (Documento para Archivo)	
Nombre del paciente:		Doc. Ident.:	
Nombre del servicio solicitado:		CAMA:	
Nombre del servicio autorizado:		Código de autorización:	
INFORMACION E INDICACIONES DEL SERVICIO AUTORIZADO			
Proveedor del servicio:		Aseguradora que autoriza:	
Dia y fecha de la cita:		Hora de la cita:	
Proveedoeer ambulacia:		Hora de traslado:	
Preparación y Recomendaciones para la prestación del servicio			
Fecha y hora Notificación:		Responsable:	
Nombre, Fecha y hora de recibido:		Firma:	

## Anexo 8. Propuesta de formato para gestión de autorizaciones.

[illegible]